جامعة الجزائر

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطوفونيا

الموضوع:

دراسة بعض عوامل الضغط النفسي بالوسط الإستشفائي و علاقتها بالإكتئاب

(دراسة وصفية تحليلية مع الراشدين المصابين بالسرطان)

مذكرة لنيل شهادة الماجيستير في علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

سامية عدمان

إشراف الأستاذ:

ناصر الدين زبدي

السنة الجامعية: 2006-2007

شكر و تقدير

الحمد لله حمدا كثيرا و الشكر على توفيقه لي في إنجاز هذه الدراسة.

و أتوجه بجزيل الشكر و فائق الإحترام و التقدير إلى:

الأستاذ المشرف ناصر الدين زبدي على مساعدته و إرشاداته التي ذللت الصعاب التي حاصرتني في هذا البحث.

الأستاذ أحمد دوقة الذي ساعدني في المعالجة الإحصائية.

الأستاذ رشيد مسيلي الذي لم يبخل علي بتقديم المساعدة طيلة إنجاز هذا العمل.

و أخيرا أشكر كل من أنار لي الطريق في الوصول إلى الهدف المنشود من خلال دعمهم و مساعدتهم التي قدموها لي.

الإهداء

من الإعتراف و الوفاء و التقدير أن أهدي ثمرة هذا العمل إلى:

الوالدين الكريمين

أخي: رفيق و زوجته فتحية

أختي: أنيسة

كل أفراد العائلة و أخص بالذكر جدتي، خالتي و بناتها

و إلى كل أساتذتي في قسم علم النفس.

سامية

الفهرس:

الفصل الثاني : المفهوم الطبي للسرطان.

الفصل الرابع : السند الإجتماعي.

الفصل الخامس: الوسط الإستشفائي.

الفصل السادس: الإكتئاب، أعراضه و طرق علاجه.

الجانب التطبيقي

الفصل السابع : منهجية البحث.

الفصل الثامن: عرض و تحليل نتائج البحث

قائمة الأشكال:

قائمة الجداول:

مقدمـــة

مقدمة:

ازداد انتشار الأمراض النفسية و الجسدية في هذا العصر بسبب انتشار القلق و الصراع و الضغوط النفسية و الإجتماعية العديدة ، و مما لاشك فيه أن الفرد أصبح يعيش في تفاعل يومي مع هذه الضغوط التي تحولت بفعل تكرارها و تراكمها إلى مضاعفات صحية، جسمية، نفسية و سلوكية، مما قد يؤدي إلى إفراز إضطرابات نفسية يكاد الطب الحديث لا يعرف كيفية التعامل معها و عجزه عن التغلب عليها رغم تخصيص موارد بشرية و مالية عالية. (الخاف، 2000)

مما سهل الإصابة بالأمراض خاصة تلك الخطيرة التي أصبحت تثير قلق و مخاوف الأشخاص كأمراض القلب و الضغط و السل و السرطان و يعد هذا الأخير من أخطر الأمراض في عصرنا، و رغم التوعية عن طريق الحملات الإعلامية الطبية، يبقى الإعتقاد في استحالة الشفاء منه و الموت راسخا في أذهان الأفراد. (Haynal et Pasini, 1978)

فقد أصبح هذا المرض يسبب ضغطا كبيرا و قلقا مستمرا لكثير من الأشخاص في مختلف أنحاء العالم مشكلا بذلك تهديدا للحياة الإنسانية نظرا لتدخل عدة عوامل في ذلك من بينها صعوبة تشخيصه، و قساوة التقنيات المختلفة في علاجه و عدم توصل الطب إلى يومنا هذا في إيجاد الدواء المناسب للقضاء عليه. (أبو زينة سامح، 2000)

فليس من الصعب تصور الوضعية التي يعيشها المصاب بالسرطان و انعكاساتها في إفراز مختلف الإظطربات النفسية كالتوتر و الضغط و الإكتئاب من خلال إدراك المريض بأنه مصاب بمرض خطير يهدد كيانه و يفوق موارده النفسية و الإجتماعية، و مستقبله الغامض الذي سيؤول إليه بالخوف من فقدان إمكانياته الجسمية و النفسية على أداء مهامه و أدواره الإجتماعية السابقة و الخوف من تخلي محيطه العائلي عنه و مطالبته المستمرة بتفهم طبيبه المعالج لحالته المرضية

التي يعاني منها عن طريق تحمل مسؤوليته في تجنيد كل صلاحياته و وسائله و موارده التقنية و العلمية و وضعها بين يدي المريض. (Fayn. M.G.,1995)

هذا ما يبين حاجة المريض بالسرطان إلى مساندة الطبيب المعالج له و تلبية متطلباته و السهر على راحته بالإضافة إلى دعم أقاربه و أصدقائه الذي يشكل أمرا ضروريا لاستعادة ثقته بنفسه و التكيف مع الواقع الجديد الذي يعيش فيه.

و لغرض معالجة موضوع عوامل الضغط النفسي التي تشمل الصعوبات الطبية العلاجية التي يعاني منها المصاب بالسرطان من خلال علاقته بالطبيب المعالج و افتقاره إلى الدعم الإجتماعي الذي يعاني منه في الوسط الإستشفائي، و علاقة ذلك بظهور إظطراب الإكتئاب، تم تقسيم هذا العمل حسب متطلبات الموضوع إلى ثمانية فصول، حيث تم التطرق في الفصل الأول إلى إبراز و تحديد مشكلة البحث و طرح إشكاليته و تحديد الفرضيات.

و خصص الفصل الثاني للحديث عن الجانب الطبي لمفهوم السرطان، آلية الإصابة به، تصنيفه، عوامل ظهوره، أنواعه، الوسائل المستعملة في علاجه.

و قد تضمن الفصل الثالث لمحة تاريخية عن الضغط النفسي و مختلف التناولات النظرية له، علاقته بمرض السرطان، التناولات النظرية للمواجهة، محدداتها و أنواع الإستراتيجيات الخاصة بها.

بينما شمل الفصل الرابع إلى عرض دور الوسط الإستشفائي و خطوات تقديم الخدمة به، و مهام و أدوار أعضاء الفريق العلاجي بالمستشفىبالإضافة إلى وصف العلاقة بين الطبيب و المريض إلى جانب إبراز حقوق المريض أثناء خضوعه للإستشفاء و مسؤولية تواجد الأخصائي النفساني و دوره في الكفالة العلاجية للمصاب بالسرطان.

و قد تم تخصيص الفصل الخامس لإبراز و وصف السند الإجتماعي و التطرق لمختلف الدراسات السابقة الخاصة به، أنواعه، خصائصه الوظائفية، علاقته بالصحة النفسية و الجسدية، علاقته باستراتيجيات المواجهة، علاقته بمرض السرطان.

و فيما يتعلق بالفصل السادس فقد تم التطرق فيه إلى الإكتئاب، وصف أعراض التناذر الإكتئابي، أشكاله العيادية، أنواعه، التناولات النظرية في تفسير الإكتئاب، أهم علاجاته، فعالية العلاج المعرفي للإكتئاب، وصف العلاقة بين الإكتئاب و السرطان.

أما بالنسبة للجانب التطبيقي فقد تضمن فصلين: حيث خصص الفصل السابع إلى عرض كل الإجراءات المنهجية المتبعة في البحث، تقديم التصميم المستعمل، مكانه، العينة و خصائصها، الأدوات المستعملة في البحث، أساليب التحليل و المعالجة الإحصائية للبيانات في إطار التحقق من صحة الفرضيات المصاغة في البحث.

أما فيما يتعلق بالفصل الثامن فقد تم التطرق فيه إلى عرض النتائج المتحصل عليها في الميدان و تحليلها قصد التحقق من صحة الفرضيات، و كشف العلاقة المتواجدة بين متغيرات الدراسة و التوصل إلى وضع بعض الإقتراحات الهادفة إلى تحسين الظروف البيئية و النفسية التي يعاني منها فئة المرضى المصابين بالسرطان.

الفصل الأول:

مدخل إلى الدراسة.

1- إشكالية البحث.

2- فرضيات البحث.

3- أهداف البحث.

4- الخلفية النظرية لمشكلة البحث.

5- أهمية البحث.

6- تحديد مفاهيم البحث:

1-6-مفهوم السرطان.

2-6- التفسير الإجرائي للسرطان.

3-6- مفهوم الضغط النفسي.

4-6- التفسير الإجرائي للضغط النفسي.

5-6- مفهوم إستراتيجيات المقاومة.

6-6- التفسير الإجرائي لاستراتيجيات المواجهة.

7-6- مفهوم السند الإجتماعي.

8-6- التفسير الإجرائي للسند الإجتماعي.

9-6- التفسير الإجرائي للصعوبات الطبية.

10-6- مفهوم الإكتئاب.

11-6- التفسير الإجرائي للإكتئاب.

1- إشكالية البحث:

تتعرض حياة الإنسان أحيانا لتهديدات المحيط الذي يتواجد فيه باستمرار و التي يدرك موضوعيتها و حقيقتها مع مرور الزمن، و يكتشف أن آمال نجاته أكبر بكثير من احتمال موته، حيث تترسخ لديه فكرة الموت المؤجل إلى موعد غير محدد، فهو يعتقد بقدرته على تجاوز الأخطار و التهديدات، و أكبر صدمة يتلقاها الإنسان هي المواجهة مع الموت و التي تزيل عن اعتقاده فكرة تأجيله و تدفعه للتفكير في احتمال موته في أي لحظة من لحظات حياته. (النابلسي محمد أحمد، 1991)

و رغم التقدم العلمي الحاصل و خاصة في مجال الطب و الصحة، لا يزال الفرد معرضا لخطر الأمراض، فكلما نجا من أحد أنواعه أصيب بآخر سواء كان هذا الأخير بدنيا أو نفسيا أو باجتماعهما.

و السرطان مثلا من أكثر الأمراض شيوعا في عصرنا هذا، فهو عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم و أخذت تنمو بطريقة عشوائية، إضافة إلى أنه يمس جهاز المناعة الذاتية بسبب انتقال الورم إلى كافة أنحاء الجسم.(الزراد، 2000)

و تبين الدراسة التي قام بها بيليسي Pélicier 1994 حول التعرف عن الحالة النفسية للمريض المصاب بالسرطان، أنه بمجرد الإعلان عن الإصابة بهذا المرض، يتفاجأ المريض بهذا الخبر و يشعر بمأساته و يكون في حالة هيجان حيث يصعب عليه التحكم في انفعالاته و يشعر أن هذا الخبر قد أحدث قطيعة مع حياته و طبيعة سيرها، كما تظهر عليه أعراضا مختلفة أهمها : الإنطواء و العزلة و الخوف من الموت، التشكيك من صحة الفحوص الطبية، اضطرابات النوم، و تزداد هذه الأعراض في حالة وفاة أحد الأقارب بنفس المرض أو لأي سبب آخر.

و قد أكد كل من سالتل Saltel و آخرون 1990 أن المريض عندما يدرك أنه مصاب بمرض خطير، يهدد كيانه و يفوق موارده النفسية و الإجتماعية، مما يبعث فيه الإرتباك و القلق و الخوف من المصير الذي سيؤول إليه.

كما توصل وورتينكتون Worthington حسب موريس دانجير Maurice Danger 1985 في دراسة أجراها على 250 شخص مصابا بالسرطان بمقارنتهم مع أشخاص غير مصابين، إلى أن هناك بعض العوامل النفسية التي تلاحظ بشدة عند هؤلاء المرضى و التي تتميز بما يلي:

- الكف الجنسي.
- واجهة مرحة تخفي عدم القدرة على التعبير و إظهار العدوانية.
- جداول متواترة للإكتئاب، نقد ذاتي، شعور بالذنب.
- اضطرابات نفس جسدية.

و في عام 1987 طرحت ليديا تيموشوك Lydia Temoshok مجموعة من الخصائص المتعلقة بالسلوك و المواجهة تحت إسم الشخصية السرطانية من خلال مجموعة من الطبائع:
- الإكتئاب و الإنسحاب و فقدان الأمل.
- كبت المشاعر.
- غياب الدعم الإجتماعي .
- الإستجابة للمرض بالعجز و اليأس ثم الرضوخ و الإستسلام.

و انطلاقا من الدراسات السابقة يمكن القول أن : الإكتئاب مرض نفسي يتميز بتغير المزاج الذي يكون مصحوبا بحالة من الشعور بالحزن و فقدان الأمل و الألم النفسي، بالإضافة إلى انخفاض في المستوى العام للنشاط الحسي الحركي للفرد. (Bloch et Dépret, 2002)

"فالمريض بالسرطان بحاجة ماسة إلى من يعيد طمأنينته و توافقه النفسي و يقال من قلقه و خوفه و إكتئابه، إذ أنه خائف من فقدان نشاطاته السابقة و أصدقائه، و بما أنه لا يوجد إنفصال بين النفس و الجسد، فالمريض بالسرطان كأي إنسان له الحق في أن ينال الإهتمام و الرعاية من محيطه الإجتماعي حتى يعيش حياة طبيعية". (كاملة الفرخ ، 1993، ص:23)

فالدعم الإجتماعي يساعد على التأثير الإيجابي للصحة الجسمية و النفسية للفرد، حيث يلعب دورا واضحا في تسهيل عملية التعامل مع الضغوط الحياتية و الأمراض المختلفة من خلال العديد من الطرق أهمها تقديم النصيحة و المعلومة المفيدة للتكيف مع المواقف الضاغطة، و تصحيح المعلومات الخاطئة، و تأكيد الثقة و الطمأنينة في نفس الفرد. (عبد المنعم عبد الله الحسيب، 2006)

و سوف يعالج موضوع هذا البحث إنعكاسات السند الإجتماعي على حياة المريض المصاب بالسرطان، مع دراسة الصعوبات الناجمة عن علاقة المريض بطبيبه المعالج، من خلال طبيعة المرض التي تتطلب الكثير من التحاليل و الفحوصات الطبية و التقنيات العلاجية المتكررة و معاناة المريض من عدم تقديم الطبيب له المعلومات الكافية عن حالته الصحية التي آل إليها، و عدم حصوله على العلاج المضاد للألم الذي يعاني منه من جراء إصابته العضوية الخطيرة.

و التعقيدات و الأخطاء التي تصدر من الطبيب لا سيما إبعاده للأخصائي النفساني من تقديم المساعدة في الوضعيات الضاغطة خاصة عند القيام بالعملية الجراحية و العلاج الكيميائي.

و يلقي هذا البحث الضوء على الأعراض الإكتئابية الناجمة عن عوامل الضغط النفسي التي يعيشها المريض بالسرطان في المستشفى.

و استنادا إلى ذلك يمكننا طرح التساؤلات التالية:

1/ هل توجد علاقة إرتباطية بين عوامل الضغط النفسي الخاصة بالوسط الإستشفائي و الإكتئاب لدى عينة المرضى المصابين بالسرطان؟

2/ هل توجد علاقة إرتباطية بين الصعوبات الطبية و الإكتئاب لدى عينة المرضى المصابين بالسرطان؟

3/ هل هناك علاقة إرتباطية بين السند الإجتماعي و الإكتئاب لدى عينة المرضى المصابين بالسرطان؟

2- فرضيات البحث:

و كإجابة عن هذه التساؤلات نسعى إلى طرح الفرضيات التالية**:**

1/ توجد علاقة إرتباطية بين عوامل الضغط النفسي الخاصة بالوسط الإستشفائي و الإكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

2/ توجد علاقة إرتباطية بين الصعوبات الطبية و الإكتئاب لدى عينة المرضى المصابين بالسرطان.

3/ هناك علاقة إرتباطية بين السند الإجتماعي و الإكتئاب لدى عينة المرضى المصابين بالسرطان.

3- أهداف البحث :

نهدف من وراء هذه الدراسة إلى معرفة الجوانب التالية :

- التعرف على مدى تأثير العوامل النفسية الضاغطة في ازدياد أعراض الإكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان.

- توضيح نوع الصعوبات و الضغوطات التي يعاني منها الراشدين المصابين بالسرطان قصد إعادة النظر في تقييم هذه الظاهرة، و محاولة التخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية التي يعاني منها فئة المرضى بالسرطان من خلال تجنيد كل الوسائل و التقنيات العلاجية المناسبة.

- التعرف على مدى تأثير غياب الدعم الإجتماعي في إفراز أعراض الإكتئاب لدى هؤلاء المرضى.

- تحسيس الأطباء المسؤولين بأهمية العناية بالصحة النفسية للمرضى بالسرطان من خلال التكفل العلاجي لمختلف المشاكل و الصعوبات التي يعانون منها.

4 - الخلفية النظرية للبحث :

لقد اهتمت البشرية بالمعرفة و طبيعتها و العمليات العقلية و النشاط الذهني و غيرها من أنشطة التفكير منذ أكثر من ألفي عام، و قد ترك لنا الفلاسفة اليونان و المسلمون إسهامات قيمة في هذا المجال.

و تعد كتابات الفلاسفة أمثال أفلاطون و أرسطو بمثابة الأسس الفلسفية لعلم النفس المعرفي، حيث ناقشوا موضوعات مثل طبيعة المعرفة و أصولها و طرق الوصول إليها.

و يرى أفلاطون أن المعرفة فطرية تولد مع الفرد و هي موجودة في العقل و ليست مكتسبة، و ينحصر دور التعلم في تسهيل ظهور هذه المعرفة و الكشف عنها، و أن التفاعل مع البيئة يساعد العقل في توليد المعرفة الموجودة لديه و يسهم في تسهيل استدعائها.

أما أرسطو فيركز على دور البيئة و أهمية الخبرة في تطوير العقل و زيادة محتوياته، كما تشكل الملاحظة الحسية في نظره الأداة التي تستخدم في اكتساب المعرفة الصادقة و تطويرها. (رافع الزغول ، 2003)

ثم واصل العلماء البحث و التركيز على هذه الديناميكية بين تفاعل الفرد مع البيئة التي ينتج عنها توليد المعرفة، إذ أن أسلوب التعليمات الذاتية و أهميته في السلوك الذي يصدر عن الفرد من الأمور التي لفتت أنظار العلماء المسلمين كذلك، و من هؤلاء ابن القيم الجوزية الذي أشار إلى الدور الذي تلعبه الخواطر في السلوك الظاهر

حيث يرى أن بداية الأعمال هي خواطر حيث الخاطر يؤدي إلى الفكرة و الفكرة تؤدي إلى الإرادة و الإرادة تؤدي إلى الجوارح التي بدورها تقوم بالتصرفات.

و بذلك فإن الخواطر السلبية من شأنها أن تؤدي إلى عادات سيئة (محمد محروس الشناوي 1991)

و في العصر الحديث عاد الإهتمام بالمواضيع النفسية المعرفية خاصة في الخمسينيات من القرن الماضي، من حيث التركيز على التنبؤ بالسلوك الإنساني و التحكم فيه من خلال افتراض وجود عمليات عقلية داخلية كالذكريات و الخبرات الواعية و الإستنتاجات و التصورات العقلية و التنظيمات المبنية على المعنى باعتبار أن هذه العمليات المعرفية على أساسها يقوم تفسير السلوك الفردي. (رافع الزغول ، 2003)

و برز في هذا السبيل نماذج نظرية أرسى دعائمها كل من إليس Ellis و باك Beck ، حيث يرى Ellis أن سلوكيات المريض تنتج عن أفكار و إتجاهات غير منطقية و يركز على التشابك القائم بين التفكير و السلوك و يرى أن الإضطراب النفسي يعد نتيجة للتفكير اللاعقلاني و اللامنطقي، و لذلك فإننا لكي نفهم سلوكا معينا يجب أن نفهم كيف يشعر الفرد و يفكر و يدرك و يتصرف.

أما النموذج النظري لباك Beck فهو يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد و ما يعتقده حول نفسه و كذلك اتجاهاته و آرائه لها صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض.

و أن الإضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الإتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد و المثيرات الخارجية التي يتعرض لها و يتم تحليلها و تفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه، حيث يبدأ في الاستجابة للمواقف و الأحداث المختلفة انطلاقا من تلك المعاني التي يعطيها لها. (عادل عبد الله ، 1999)

و على هذا الأساس يتحدد الإطار النظري لبحثنا الذي يتمثل في المنظور المعرفي، نظرا لكونه أكثر ملائمة لموضوع دراستنا، و الذي يشمل عوامل الضغط النفسي التي يتعرض لها الراشد المصاب بالسرطان في المستشفى و ما ينتج عنها من اضطرابات نفسية لاسيما أعراض الإكتئاب عنده، مما يجعلنا لا نتجاوز عن إستخدام الخلفية النظرية المعرفية في محاولة الكشف عن عمليات حصول المريض على معلومات من محيطه الإستشفائي و العائلي و كيفية إدراكها و تقييمها و تحويلها إلى معرفة و كيفية تخزينها ثم استخدامها باعتبارها الحدث الأساسي الموجه لسلوكه، بالإضافة إلى إسهام الصعوبات و الظروف البيئية المحيطة به في تشويش الواقع من جانبه، حيث ينتج عنها أفكار آلية يعتبرها مقبولة من وجهة نظره الشيء الذي يعمل على ازدياد الألم النفسي و الحزن و الضيق عند المريض بالسرطان من خلال رسوخ هذه المفاهيم و الإدراكات الذاتية الخاطئة التي تعكس صورته الواقعية و تعمل على إضعاف قدرته في مواجهة هذه المرحلة من حياته و التكيف معها، مما يؤثر سلبا على سلوكاته و صحته النفسية و الجسدية.

5- أهمية البحث :

حظيت الصحة الجسمية للإنسان باهتمام البشرية من أيامها الأولى، و لكنها أخفقت في التفرقة بين الجانب الجسماني و الجانب النفسي، ذلك أن الإنسان لم يكن يملك إلا القليل من الفهم للمكونات النفسية للجسم.

و قد تميز العقد الأخير من القرن التاسع عشر بظهور مرحلة جديدة في التعامل مع الوظائف البيولوجية و السيكولوجية لدى الفرد، و قد أسفرت هذه المرحلة عن مفهوم أطلق عليه وجهة النظر الشمولية، أي أن الإهتمام بصحة الإنسان يكمن في النظر إلى التكوين المتكامل من النواحي العضوية و النفسية و الإجتماعية. (مصطفى خليل الشرقاوي، 1983)

و بمقتضى هذه النظرية فإن دراسة الصعوبات و الظروف الضاغطة في الوسط الإستشفائي و ما يترتب عنها من انفعالات سلبية و حالة الإكتئاب عند المريض بالسرطان، تعتبر مطلبا أساسيا و عاملا هاما جديرا بالدراسة و البحث، لا سيما أن مفهوم الصحة في عصرنا الحديث لم يعد يدل على خلو الفرد من العجز و المرض، وإنما يتعدى ذلك إلى سلامته و توافقه النفسي و الإجتماعي مع المحيط الذي يتواجد فيه.

و نتيجة لتزايد نسبة الوفيات عند فئة المرضى بالسرطان علاوة على الأوضاع المتردية التي تشهدها مختلف القطاعات الصحية في بلادنا خصوصا على مستوى تلبية متطلبات وحاجات المريض من قبل الطبيب و مختلف أفراد الطاقم المعالج له، و التهاون في الإهتمام بانفعالاته كالخوف و التوتر و الضغط، جاءت هذه الدراسة من

أجل الكشف عن أسباب الإكتئاب و الإنفعالات السلبية التي يعاني منها المريض بالسرطان مع الأخذ بعين الإعتبار دراسة طبيعة العلاقة الديناميكية بينه و بين المحيط الطبي، و عدم مراعاة الطبيب المعالج حالة القطيعة التي تجتاح المريض نتيجة الإنفصال عن وسطه الطبيعي المعتاد، الذي يشمل عائلته، أقربائه، أصدقائه، مما ينتج عنه شعوره بالحرمان حيث يجد نفسه في وسط يفترض عليه الإلتزام بالفحوص الطبية و العلاجية و الحميات و الأدوية و حظر أوقات الزيارات العائلية أو حرمانه منها أحيانا، الشيء الذي يؤدي إلى التوتر و الملل و الحزن و الكآبة عنده، كما أن أعضاء الفريق الطبي لا يزال يفتقر إلى مسألة الوعي و الإلتزام بتظافر كل جهوده في تعويض المريض بالسرطان بالدعم الإجتماعي المؤقت، و التحلي بالقيم الأخلاقية و البعد الإنساني و التواصل الجيد مع المريض و محاولة الإجابة عن كل ما يشغل باله من أسئلة متعلقة بوضعه الصحي و الإستماع إليه و ترك الحرية له في التعبير عن مخاوفه و انفعالاته و تقديم كل الشروح له و الإيضاحات اللازمة، و إحترام مشاعره و مراعاة الأوقات الصعبة التي يمر بها في المستشفى.

إضافة إلى ذلك فإن أهمية الدراسة تظهر من خلال إبراز المعاناة النفسية للمريض بالسرطان نتيجة إفتقاره للمساندة العاطفية الإجتماعية.

و الهدف من وراء ذلك كله، تحسيس القائمين و المسؤولين في السلك الطبي بهذه المشكلة التي تتسبب في تفاقم أفكار التشاؤم و الاكتئاب و الأحكام المطلقة التي يسيطر عليها التعميم حول نفس المريض ومحيطه، و ضرورة مراعاة مختلف أفراد الطاقم المعالج لهذا الجانب النفسي و الخطو نحو تجنيد كل الوسائل و التقنيات الطبية و الاجتماعية إضافة إلى التزود بالمهارات و الكفاءة المهنية و السمات

الشخصية قصد مساعدة المريض على تخطي هذه المرحلة الضاغطة التي تهدد كيانه النفسي الذي يضر بصحته الجسدية.

و قد استعنا في دراستنا هذه بإعطاء الصيغة الإجرائية لتلك الظروف البيئية التي يعيشها المريض بالسرطان عن طريق تطبيق أدوات قياسية عالمية و علمية أثبتت صدقا عاليا، حيث تشمل مقياس باك Beck للإكتئاب و مقياس ليفينستاين Levenstein للضغط النفسي و استمارة بحث شاملة تتضمن محورين يقيسان على التوالي: الصعوبات الناتجة عن علاقة المريض بالطبيب المعالج له، السند الإجتماعي المدرك من قبل المريض.

6- تحديد مفاهيم البحث:

6-1- مفهوم السرطان:

يسمى السرطان في بعض الأحيان "الورم الخبيث" (ما يعني حرفيا النمو الجديد السيء). (مالكوم شوارتز، 1992، ص: 10)

و السرطان مشتق من كلمة يونانية (Karnikos) و يعني السلطعون البحري، وذلك تشبيها بهذا الحيوان في أرجله المتشعبة، لذلك أطلق هذا الاسم على كل الأورام الخبيثة الناتجة عن تكاثر سريع للخلايا و بصفة غير منتظمة في نسيج ما. (Domart et Bourneuf, 1981)

حيث يمكن معاودته موضعيا انطلاقا من بؤرة أولية بعد استئصال و تفرقه عن بعد، هذا ما يؤدي إلى حدوث عملية تسمى بالنمو الانبثاثي Des Métastas، التي تعني انتقال الداء من المنطقة التي تم ظهوره فيها إلى مناطق أخرى، مشكلا بذلك مراكز نمو تدميرية جديدة في أجزاء من الجسم بعيدة عن مركزها الأساسي. (مالكوم شوارتز، 1992، ص10)

إن السرطان ورم خبيث، يتصف بطاقة غير محدودة لنمو الخلايا المستمر هذه الخلايا الخبيثة إما تمتد محليا فتغزو و تدمر النسيج الطبيعي المجاور، و إما تنتقل عبر الأوعية اللمفاوية أو الأوعية الدموية إلى أمكنة أخرى من الجسم فتؤسس بؤرا جديدة نامية تسمى البؤر السرطانية المتنقلة، و هذه الأخيرة تعمل على تدمير الأعضاء الجديدة التي تغزوها و تنتهي بوفاة المصاب. (صبري القباني، 1988، ص107)

6-2- التفسير الإجرائي للسرطان:

السرطان عبارة عن إنقسام فوضوي و تكاثر غير منتظم للخلايا، و يعد مرضا خطيرا، سريع الإنتشار و يمس جهاز المناعة الذاتية للفرد و قد تتعدى درجة خطورته في فقدان عضو من أعضاء الجسم، مما قد يتسبب في إرجاع هذا المرض إلى اعتقادات و أفكار داخلية تشمل الموت البطيء، استحالة الشفاء و الوحدة و العجز، و قد ينجم عن ذلك فقدان إمكانيات الفرد الجسمية و النفسية في التكيف مع هذه الوضعية المرضية.

6-3- مفهوم الضغط النفسي:

فسر العالم الأمريكي والتر كانون Walter Cannon 1914 مفهوم الضغط بطريقة مغايرة عن تلك التي كانت سائدة و ذلك من خلال وجود مكانيزم يساهم في احتفاظ الجسم بحالة من التوازن الداخلي Homéostasis أي القدرة على مواجهة التغيرات التي تواجهه، و في الظروف العادية و عند إنتهاء المواقف المسببة لهذه التغيرات، يتم الرجوع إلى حالة التوازن العضوي و الكيميائي، إلا أنه قد يحدث اختلالا في توازن الجسم عند فشله في التعامل مع المواقف الخارجية الطارئة، و الذي اعتبره كانون ضغطا يواجهه الفرد و قد تنجم عنه أمراضا عضوية إذا ما أحدث اختلالا بدرجة عالية للتوازن الطبيعي للجسم. (علي عسكر ، 2000)

و عليه فإن مفهوم الضغط عند كانون Cannon يعتبر بمثابة الإنفعال المثار من قبل الجهاز العصبي بطريقة غير مميزة، بهدف إعادة التوازن للجسم المتوتر من الحدث الناتج عن التغير الذي طرأ عن العالم الخارجي. (Radat F., 1998)

و قد تميزت أعمال الباحث الفيزيولوجي الكندي هانس سيلي Hans Selye حول مفهوم الضغط بمحاولاته العديدة في ضبط و إيجاد تعريف دقيق و محدد لمصطلح الضغط منذ بداية الخمسينيات من القرن الماضي، و لقد كتب الكثير منذ ذلك الوقت عن مسببات الضغط المحتملة و عن مضاعفاته الصحية الخطيرة، فقد كان Selye ينظر للضغط على أنه أي مطلب فيزيولوجي أو نفسي أو إنفعالي إيجابي أو سلبي يؤدي إلى استجابة بيولوجية. (عثمان إخاف ، 2001)

ثم استعمله بمعنى استجابة للضواغط و توصل في الأخير إلى إعطائه تسمية أكثر شمولية للضغط و هي : التناذر العام للتكيف.

فهو تناذر لأنه عبارة عن استجابة تكيفية لمتطلبات متعددة تدعى عوامل الضغط مثل: البرد، الصدمات الجسدية، المرض، التعب، الإكراه، الفشل...إلخ. (Bensabat et Selye, 1980)

أما الباحثان لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman 1984 فيعتبران الضغط كعملية تفاعلية بين الفرد و المحيط، أين تكون الوضعية خاضعة للإدراك و التقييم المعرفي من قبل الفرد، و تظهر إستجابة الضغط عندما يحدث تفاوت بين متطلبات و ضرورات الوضعية و قدرات و إمكانيات الفرد في المواجهة، مما يسبب اختلالا في موارده و تهديدا لراحته.

و يعرف غريب عبد الفتاح غريب 1999 الضغط على أنه : الإستجابة النفسية و الفيزيولوجية و السلوكية للأحداث التي يتعرض لها الفرد في حياته و يسعى إلى أن يتوافق و يتكيف مع كل من الضغوطات الداخلية و الخارجية.

6-4- التفسير الإجرائي للضغط النفسي:

إن التفسير الإجرائي للضغط النفسي هو ذلك التفاوت بين متطلبات وضرورات الظروف البيئية للوسط الإستشفائي و قدرات المريض بالسرطان في الإستجابة و التكيف، مما يتعب إمكانيته و يعرقل موارده التكيفية و يهدد راحته النفسية و الجسدية و هذا ما يؤدي إلى حدوث الضغط الذي يستمر بتراكم المضايقات التي تسببها له الإصابة الباتولوجية الخطيرة التي يعاني منها بالإضافة إلى صعوبات الوسط الإستشفائي و المشاكل التي تتعلق بافتقار المريض للتواصل الإنساني و المحيط العائلي.

6-5- مفهوم إستراتيجيات المقاومة:

اهتم لازاروس Lazarus بالجانب المعرفي في طريقة تعامل الأفراد مع المواقف الضاغطة من خلال تجاربهم و خبراتهم، كما تميزت الدراسات الحديثة في النظر إلى الضغط النفسي من خلال الإهتمام بدراسة جهود الفرد في إستعمال أساليب مختلفة لمواجهة الأحداث الضاغطة، حيث توصلت إلى كون المواجهة (Coping) هي صفقة بين الفرد و محيطه، بمعنى أن الضغط ليس معزولا عن الإستجابة الوجدانية التكيفية العامة. (Chipp et Scherer, 1992)

كما يعد مفهوم المواجهة كثير الإستخدام في ميدان علم النفس و الطب العقلي و يعرفه لوريي Laurrier و لازاروس Lazarus 1978 : "مجموع السياقات التي يستعملها الفرد اتجاه الوضعية التي يراها مهددة لكيانه من أجل التحكم، تقبل أو التقليل من تأثيرها على صحته الجسمية و النفسية". (Chweitzer et Dantzer, 1994, p 100)

أما لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman فينظران إلى المواجهة على أنها : مجموع المجهودات المعرفية و السلوكية الهادفة للسيطرة على المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي يدركها الفرد كمهددات لحياته و كيانه. (Bonardi, 2002)

في حين يشير كل من باري Barrais و ريفوليي Rivolier 1988 إلى أن: "المواجهة هي مجموعة من الأفعال البيولوجية و كذلك السيكولوجية ذات المدى الطويل أو القصير التي تهدف إلى حل المشكل".

كما يعرفها دانتشاف Dantchev 1989 على أنها : "مجموعة متناقضة غير متجانسة مع المعارف و المواقف السلوكية و القدرات السيكولوجية و الدفاعات النفسية المأخوذة في وقت واحد ديناميكيا باعتبارها عنصرا من استراتيجية التكيف لمواجهة المتطلبات الداخلية والخارجية".

و يضيف أن المواجهة عبارة عن : " المجهودات المبذولة لمحاولة حل المشكل الذي خلفته المتطلبات الخارجية أو الداخلية التي تطبق على العضوية والتي يدركها الفرد كمهددات محتملة تهدد توازنه ". (Dantchev, 1989, p 24)

و يمكن استخلاص مصطلحات هامة من خلال هذا التعريف:

1- **مصطلح المجهودات:** les efforts و التي تعني عملية تكيفية غير فعالة كأنها طبيعية، و في هذه الحالة يستوجب على الفرد بذل مجهودات أكبر للتكيف.

2- **مصطلح المتطلبات:** les demandes و هو مأخوذ من مصطلحات الضغط حيث يشير إلى كل العوامل التي تتطلب بصفة مبالغة إمكانيات تكيف العضوية، و قد تكون

هذه العوامل خارجية كمتطلبات البيئة الإجتماعية و المهنية و العائلية أو داخلية كالمرض.

3- **مصطلح إدراك:** percevoir و الذي يشير إلى أهمية السياق المعرفي للمواجهة. (R. Dantzer, 1989)

6-6- التفسير الإجرائي لاستراتيجيات المواجهة:

يمكن تعريف استراتيجيات المواجهة من خلال دراستنا، أنها مجموع السياقات و الميكانيزمات النفسية التي يستعملها المريض المصاب بالسرطان اتجاه الوضعية الضاغطة الخاصة بالمحيط الإستشفائي المتواجد فيه، و التي يراها مهددة لكيانه و راحته.

6-7- مفهوم السند الإجتماعي:

يعرفه كل من أول Al و فولكمان Folkman 1991 بأنه مصدر من مصادر المهارات و النشاطات الإجتماعية المندرجة في ظل استراتيجيات المواجهة، أو مساعدة تسمح للفرد بإدارة مختلف الوضعيات الضاغطة. (Bruchon M., 1994)

يعرف باريرا Barrera 1986 السند الإجتماعي على أنه: "مجموع العلاقات الشخصية اتجاه فرد معين، حيث تمده العلاقات برابط عاطفي إيجابي أو مساعدة مادية أو تقديرية أو معلوماتية، يمكن من خلالها مواجهة تحديات صعبة في حياة الفرد".

كما يعتبر باريرا أن السند الإجتماعي الحقيقي هو ذلك الفعل الذي يلعب دور المهدئ اتجاه المواقف الضاغطة.

و قد اهتم الباحثون بدراسة طبيعة السند الإجتماعي من خلال منظورين و هما:

الأول : حيث يرتبط بالإقتراب الإجتماعي، و الذي يسميه علماء الإجتماع بالإندماج الإجتماعي حيث يشمل وجود شبكة إجتماعية تمارس على أفرادها سلطة إجتماعية و تلزمهم بواجبات متبادلة كما يلتزم الفرد بطلب المساعدة في حالة الحاجة إلى ذلك. (Bruchon M., 1994)

الثاني : و هو مرتبط بالإقتراب السيكولوجي، حيث يتضمن مشاعر معاشة من طرف الفرد تنسب إلى إمكانية أن يحظى بالعناية و الإحترام و الحماية التي يستمدها من شبكة العلاقات الإجتماعية مما يحقق له التفاعل الفعال مع المواقف الصعبة. (عثمان إخلف، 2001)

6-8- التفسير الإجرائي للسند الإجتماعي:

يتضمن التفسير الإجرائي للسند الإجتماعي في دراستنا بالتفاعل الإجتماعي و التبادل المتواصل بين المريض المصاب بالسرطان و مختلف أفراد المحيط الإجتماعي الخاص به و يساعد هذا السند على تخفيض الضغط الإنفعالي المستمر الذي يعاني منه المريض و وضعه موضع الإحترام و التقدير و مساعدته على التكيف مع الوضع الجديد، و يمكن تحديد أفراد شبكة هذه المساندة في جملة الروابط العائلية عند المريض و الطبيب المسؤول عن علاجه و ما يقدم له من معلومات واضحة و شروح لازمة و استماع و فهم و حضور دائم، أثناء القيام بدوره في الممارسة العلاجية، مما يساعد المريض على تخفيض الضغط و الحفاظ على صحته النفسية و الجسدية.

6-9- التفسير الإجرائي للصعوبات الطبية:

يعد مفهوم الصعوبات الطبية في دراستنا تلك المعاناة التي يعيشها المريض الراشد المصاب بالسرطان من خلال العلاقة المؤسسة بينه و بين الطبيب المعالج عن طريق ذلك التوتر و الإجهاد اليومي الذي يتشكل إثر خضوع المريض للفحوص الطبية و التقنيات العلاجية القاسية المتكررة، و ما يحمله الإطار العلاجي من صعوبات خاصة بالإجراءات العلاجية، بالإضافة إلى تقصير الطبيب في التخفيف من المعاناة الجسدية التي يعاني منها المريض من خلال إعطائه علاجا مضادا للألم الذي تسببه له هذه الإصابة الباتولوجية الخطيرة.

6-10- مفهوم الإكتئاب :

يعرف ستورا Stora الإكتئاب بأنه: "مفهوم لحالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن الشديد و تأخر الإستجابة، و الميول التشاؤمية، و قد يصل به الأمر إلى حد الإنتحار".

و يتضمن قاموس الطب النفسي لكامبل Campell 1981 أن الإكتئاب يشير إلى زملة الأعراض الإكلينيكية المشتملة على انخفاض الإيقاع المزاجي، و مشاعر الإغتمام المؤلم، و صعوبة التفكير، و الإكتئاب حالة باتولوجية تدل على معاناة الجهاز النفسي للفرد و الشعور بالذنب مصحوبا بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيم الشخصية، و في النشاط النفسي الحركي بل و النشاط العضوي أيضا. (عادل عبد الله محمد، 2000)

و يعرف مدحت عبد الحميد أبو زيد 1988 الإكتئاب بأنه اضطراب وجداني متعدد الأوجه، فقد يشير إلى حالة أو سمة أو عرض أو زملة أعراض، و قد يكون عصابا أو ذهانا أو اضطرابا في الشخصية و المزاج.

و هو في كل هذا درجة من الشعور بالألم النفسي الذي ينتج عنه انخفاضا نسبيا في المستوى العام لنشاطات الفرد، يتراوح مداه من الشعور بالحزن إلى الشروع في الإنتحار، و قد يكون سافرا أو مقنعا و سابقا أو لاحقا أو مستقلا عن اضطراب آخر.

أما في الطب العقلي، فيعرف الإكتئاب بـ: حالة مرضية تتميز باضطراب المزاج، الذي ينتج عنه تباطؤ في النشاط العام للقوى الفيزيائية، و الفكرية للطاقة الجسمية للفرد و هذا ما يسمى بالكف الحسي الحركي، مع وجود أفكار استحالة الشفاء، و فقدان الأمل و الرغبة في الحياة، إحتقار الذات و تأنيبها و الشروع في الإنتحار. (Pélicier Y., 1983)

كما يعرف العيسوي عبد الرحمان 1992 الإكتئاب على أنه : حالة نفسية أو معنوية تتسم بمشاعر الإنكسار النفسي، فقدان الأمل، الشعور بالكسل، الإسترخاء و البلادة، الشعور بعدم القيمة، عدم القدرة على النوم و حالة من الغم و الشعور بالذنب، القلق، هبوط المزاج، سودانية و بطء في التفكير.

6-11- التفسير الإجرائي للإكتئاب:

من خلال ما سبق يمكن تعريف الإكتئاب على أنه: إضطراب إنفعالي يتمثل في الحزن الشديد، و تأخر الإستجابة و سيطرة الأفكار التشاؤمية، عند المريض المصاب بالسرطان الخاضع لتعقيدات و ضغوطات الوسط الإستشفائي و هذه الحالة تمس الوظائف المعرفية، و تشمل خاصة الذاكرة و الإنتباه، بالإضافة إلى المزاج السيئ الحزين، و سيطرة أفكار الموت و استحالة الشفاء من المرض الخطير، و قد يصل به الأمر إلى انخفاض الرغبة في النشاطات الإعتيادية اليومية و العجز على مواجهة أدنى المشاكل و فقدان القدرة على التعبير و الإنهاك الجسدي لمجرد القيام بأي شيء و صعوبة التكيف مع الوضع الجديد الذي آل إليه، بالإضافة إلى ظهور نوبات الإستياء و الغضب اتجاه مختلف أعضاء الفريق العلاجي.

الفصل الثاني

المفهوم الطبي للسرطان

- تمهيد.

1- الخلية الطبيعية.

2- الخلية السرطانية.

3- تصنيف السرطان.

4- العوامل الآلية للإصابة بالسرطان.

5- عوامل ظهور و توزيع السرطان.

6- الأعراض العيادية للسرطان.

7- أنواع السرطان.

8- الطرق المستعملة في علاج السرطان.

9- التكفل بمرض السرطان في الجزائر.

-خلاصة.

تمهيد:

يعد السرطان من بين الأمراض الخطيرة التي تتصف بعدم القدرة على التحكم في نمو الخلايا، و يعتبر المرض الثاني بعد أمراض القلب في حالات الوفاة حيث يؤدي إلى وفاة أكثر من 200 حالة من كل 100.000 يموتون كل عام، كما تشخص مليون حالة سرطان سنويا و من أنواع السرطان المنتشرة اللوكيميا (سرطان في خلايا الدم) ، سرطان العظام و العضلات، سرطان الرئة، و الجلد و القولون، و الثدي، و البروستات، و الحنجرة، الرحم، البنكرياس، الكلى وغيرها.

و تشكل الخلايا السرطانية عبئا على الجسم و استنزافا له، حيث تتكاثر وتستطيع الإنتشار في الجسم كله، و لأسباب غير معروفة فإن الخلايا السرطانية لا يمكن التحكم فيها و السيطرة عليها عن طريق العمليات الجسمية الطبيعية التي تكثف نمو الخلايا و تعتبر الأسباب النفسية من العوامل الأساسية المساعدة على ظهور السرطان و التي تسهم في حدوثه بشكل واضح. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006)

1- الخلية الطبيعية:

هي أصغر وحدة حية في العضوية، تتميز بخضوعها إلى ظاهرة الإنقسام الخلوي، فهي تتكاثر بصفة مستمرة و ذلك بانقسام الخلية الأم و إنتاج خليتين بنتين تشبهانها، و هاتين الخليتين البنتين تنقسمان من جديد إلى أربعة خلايا جديدة و هكذا...

فالخلية الطبيعية تحددها قوانين من حيث الكم و الكيف، إذ تكف الخلايا عن التنامي عند وصولها إلى حد معين لأن كف الإتصال يعد من تخصصات الغشاء السيتوبلازمي الذي يراقب هذا التنامي و هذا من حيث الكم، أما من حيث الكيف فإن الخلايا لا يمكنها التعدد في اتجاه من الجسم لكونها خاضعة للنسيج الأصلي المنتمية إليه.

2- الخلية السرطانية:

تتميز الخلية السرطانية بانقسام فوضوي دون احترامها لهيكل النسيج الأصلي الذي تنتمي إليه، منتجة بذلك العديد من الخلايا التي تكون الورم و من خصائص الخلية السرطانية أن لها:

- نواة عملاقة أكبر بكثير من نواة الخلية الطبيعية.
- انقسام خلوي فوضوي سريع.

و هذا التغيير على مستوى الخلية يعود إلى اختلال في الجينات أو الجزئيات الكروموزومية لل ADN (حمض ريبي نووي منقوص الأوكسجين).

3 - تصنيف السرطان:

تم تشخيص السرطان من قبل الأطباء وفق شكلين مختلفين من الورم هما:

3 -1- الورم الحميد:

و يتميز هذا الورم بتمركزه في موضع واحد دون تخريبه لنسيج آخر، بحيث يكون منفصلا عن الأنسجة المحيطة به بواسطة كيس أو غشاء نسيجي تحتي. (Aneil et Rovesse, 1976, P34.)

هذا الورم غير السرطاني تطوره بطيئ بشكل عام، حدوده واضحة، غير اجتياحي، جيد التفاضل، لا ينتكس و لا يتحول إلى سرطان. (Guerin. R, 1990)

3-1- الورم الخبيث:

هو الورم الذي يتميز باجتياحه التدريجي للنسيج العضوي الذي ينشأ فيه ثم ينتقل إلى باقي الأعضاء المحيطة به، مكونا بذلك أوراما ثانوية بحيث يمكن تعميمه كليا إذا لم يتخذ العلاج المناسب في وقت مبكر وهذا التعميم أو الإنتشار هو ميزة السرطان في مرحلته النهائية، حيث تنفصل الخلايا السرطانية عن الورم الخبيث لتتوغل في الأوعية اللمفاوية أو الأوعية الدموية، فينقلها الدم إلى الأعضاء الأخرى (الرئة، الكبد، المخ... الخ)، فتتثبت و بعدها تنمو تلك الخلايا مشكلة ما يعرف باسم "الأورام الخبيثة". (Domart et Bourneuf, 1981)

4- العوامل الآلية للإصابة بالسرطان:

أثناء النمو الطبيعي للجسم تصبح الخلايا مختلفة حسب متطلبات وحاجات كل نسيج ووظيفة كل عضو، غير أنه في حالة إصابة الخلايا الأم بالعوامل المسرطنة، تقوم هذه الأخيرة بالإنقسام و تنتج عنها خلايا مكونة للنسائل (Clonogènes). وهي:

" مجموعة من الخلايا التي بإمكانها أن تنتج خلايا تفوق المعدل الطبيعي للإنقسام الخاص بالخلية الأم، ومن الجدير بالذكر أن تطور الورم السرطاني يرتبط إلى حد كبير بمدى سرعة تكاثر الخلايا المكونة للنسائل، وتزداد سرعتها بازدياد عددها والعكس صحيح".

و تمتاز الخلية السرطانية بالخصائص التالية:

4-1- تشوهات شكلية مرفولوجية: و تتجلى في:

- ارتفاع حجم الخلية بصفة عامة و في النواة بصفة خاصة.
- خال على مستوى التركيبة الحامية للسيتوبلازم. (صبري القباني، 1988)
- ارتفاع كبير في عدد الريبسات وتضخم جهاز جولجي للخلية.
- خال يصيب الإنقسام الفتيلي إذ تصبح العملية غير منتظمة. (Larra. F, 1989)

4-2- تشوهات الغشاء الخلوي: و التي تظهر في:

- تغير في شكل الخلية حيث تصبح مستديرة، و فقدان قدرتها على الالتصاق.
- اختلال العملية التنفيذية للخلية، حيث يرتفع عدد النواقل النشطة التي تمر عبر الأغشية خاصة الأحماض الأمينية منها و السكريات.
- إمكانية وجود أحماض نووية على سطح الخلية أهمها: (RNA-DNA) التي تكون مسؤولة عن إصدار شحنات كهربائية تعمل على اضطراب وظيفة الغشاء الخلوي.

4-3-التشوهات الأنزيمية: و تظهر في:

- تدهور مستوى الأنزيمات الرئيسية المسؤولة عن عمل السلاسل الأيضية كبيرة و عن إصدار استجابات غير عكسية التي تسيطر عليها الهرمونات والعوامل الغددية.
- ارتفاع في عملية استقلاب (DNA) و البريمدين.
- الإضطرابات التي تحدث على عملية استقلاب هيدرات الكربون، و تمثل التشوهات الأنزيمية أعراضا ثانوية لسياق التسرطن الذي يساهم في تطور الخلية الورمية السرطانية. (Larra. F, 1989)

5-عوامل ظهور و توزيع السرطان:

تمت خلال العقود الأخيرة عدة دراسات وبائية عبر العالم بهدف البحث عن العوامل التكوينية للسرطان، و برمجة كيفية مكافحة أسباب السرطان، و قد سمحت هذه الدراسات بوضع مختلف الأبعاد المؤثرة على توزيع أنواعه، حيث يمكن تلخيصها فيما يلي:

5-1- عامل السن:

يزداد ظهور السرطان مع تقدم السن و بصفة ملحوظة في سن ما بعد الأربعين سنة سواء عند المرأة أو عند الرجل.

5-2- عامل الجنس:

في نفس مجموعة السكان، تتغير الإصابة بهذا المرض بين الجنسين حيث أنه نجد الإختلاف في الإصابة مع اختلاف الأعضاء الجنسية لدى الجنسين. (Yaker. A, 1985)

5-3- عوامل اجتماعية و اقتصادية:

تختلف الإصابة بهذا الداء حسب الظروف الإجتماعية و الإقتصادية، فمثلا نجد سرطان عنق الرحم متردد عند النساء اللواتي ينتمين إلى الطبقة الفقيرة في حين نجده وبصفة واضحة أقل ظهورا عند النساء اللواتي ينتمين إلى الطبقة الإجتماعية الثرية.

5-4-العوامل الغددية:

نجد على سبيل المثال سرطان الثدي أكثر عند المرأة التي لا تنجب أطفالا من المرأة التي تنجب كثيرا من نفس الطبقة الاجتماعية، و من هنا نستخلص خاصة الوقاية التي يمثلها الحمل. (Yaker. A, 1985)

5-5- عامل الوراثة:

أظهرت بعض الدراسات دور الوراثة كعامل "مؤهل لظهور السرطان" و برهنت على ذلك بتواجد عائلات تكون فيها نسبة الوفيات عالية نتيجة الإصابة به. (Domart et Bourneuf, 1981)

و يرجع ذلك إلى عدة أسباب متداخلة، منها:

- النقص المناعي الخلقي الفطري الذي يستطيع أن يكون وراثيا.
- التشوهات أو الانحلالات الكروموزومية التي تؤدي إلى تغيرات في الجسم، أو حوادث الإصابة بالسرطان مثل المنغوليين الذين نجد عندهم خطر الإصابة بسرطان الدم جد مرتفع.
- تدخل المعطيات الخارجية التي يواجهها الشخص كالعامل الجغرافي أو عامل الزواج مع الأقارب. (Israel. L, 1976)

5-6- عوامل جينية:

تتمركز أساسا في الجسم ذاته وداخل الخلايا مثلا: اختلال التوازن الهرموني يلعب دورا في ظهور و نمو السرطان، إلى جانب ذلك الاضطرابات الأيضية التي نجدها في بعض الأحيان مرتبطة بالتغذية الناقصة كما لوحظ كثرة انتشار أحد أنواع السرطان في بعض العائلات كمرض، (Polyposie colique familiale) الذي قد يحمله بعض الأفراد ليتطور بعد ذلك إلى سرطان «Carcinome colique» لكن لم تكتشف بعد الأسباب الفعلية للإصابة به.

5-7- عوامل داخلية:

هي عوامل غريبة عن الجسم محدثة للسرطان، فهي تشمل العوامل الفيزيائية الكيميائية الطفيلية و الفيروسية بالإضافة إلى السلوكات الإنسانية و أيضا بعض المظاهر الإجتماعية و الإقتصادية. (Yaker. A, 1985)

5-8- عوامل التسرطن الأخرى:

و هي عوامل متواجدة في بيئتنا و في نمط حياتنا، مثل: استهلاك التبغ، تلوث الهواء، و التعرض الزائد لإشعاع الشمس ما فوق البنفسجي. (مالكوم شوارتز، 1992)

كما أن هناك عوامل تتدخل ضمن السلوكات الإنسانية مثل: الحياة الجنسية، حيث لوحظ أن سرطان عنق الرحم نادرا عند البكر، و يظهر أقل عند النساء اللواتي كانت لديهن علاقات جنسية متأخرة كما أن لتعدد الأزواج دورا فعالا، بينما سرطان الثدي يساعد في ظهوره تأخر استقرار الحياة الجنسية. (Yaker. A, 1989)

و هكذا يتبين أن الأسباب الفعلية للإصابة بهذا الداء غير معروفة لكن قد تكون هناك علاقة سببية بين أنواع السرطان و العوامل المتواجدة في بيئتنا.(Israel L, 1976)

6- الأعراض العيادية للسرطان:

يتركز تشخيص السرطان على العلم المتعلق بمبحث الأنسجة الحية (Histologie) المتحصل عليها بواسطة الخزعة (Biopsie) فلهذا من المهم جدا التعرف على الظواهر المرضية الأولية التي تجلب الانتباه وتؤدي بنا إلى الفحص وهي مثلا:

- التضخم غير المؤلم لعضو ما، حيث ما كان وبصفة خاصة في الثدي.
- سيلان غير عادي لحلمة الثدي.
- تقرح جلدي أو مخاطي (اللسان، الشفتان) الدائم.
- كل أورام الجلد من الوحمة التي تكبر و تأخذ مظهرا التهابيا. (مالكوم شوارتر، 1992، ص16)
- كل فقدان غير عادي للدم الذي يظهر في المسالك البولية، أو في الأنبوب الهضمي على شكل براز أسود، أو أعراض خاصة بالجهاز التناسلي للمرأة بعد الاتصال الجنسي.
- كل ألم في الحنجرة، بحة، سعال دائم بغير سبب، و هذا بعد سن الأربعين عند الأشخاص المدخنين أو متعاطي الكحول.

و السرطان في المرحلة البدائية لا يكون مصحوبا بالألم، و كل العلامات المنصوص عليها سابقا من الممكن أن تصاحب بأمراض أخرى التهابية تعفنية مثلا. (Domart et Bourneuf, 1981)

و نلاحظ عند مرحلته النهائية بعض الأعراض التي تظهر بوضوح متمثلة في:

6-1- نقص الحركية: و ذلك بسبب اختلال الحالة العامة للمريض ويرجع ذلك إلى تطور الورم أو نتيجة للتسمم العلاجي، إلى جانب انخفاض في مختلف النشاطات و تباطؤ الوظائف العقلية و الجنسية و المناعية. (Lagarde. P, 1984)

6-2- الهزال: حيث يكون المصاب غير قادر على البلع مع عسر الهضم، و هو علامة واضحة لدرجة تطور الورم.

6-3- الغثيان و القئ: يرتبطان ارتباطا وثيقا بالعلاج خاصة الإشعاعي.

6-4- الألم: ويتم تحديده عند المصابين بالسرطان تبعا لارتفاع الحبل الورمي و توسع الورم الإنبثاثي، كذلك يرتبط الألم بالعلاج الكيميائي و الإشعاعي للسرطان بسبب شدتها و تزامنهما. (سعيد الدجاني، 1989)

7- أنواع السرطان:

7- 1- سرطان الدم:

يعرف سرطان الدم باسم اللوكيميا و معناها الدم الأبيض حيث يقل عدد الكريات الدموية الحمراء نسبيا في الدم الساري في الجسم، في حين يزداد عدد الكريات البيضاء كثيرا، و يصيب الأطفال و الأشخاص الذين تعرضوا إلى الأشعة بكثرة.

و هو ينقسم إلى نوعين:

اللوكيميا اللمفاوية حيث يزداد فيها عدد الخلايا اللمفاوية البالغة منها و الناقصة النمو، لدرجة أن أنواع الخلايا الدموية الأخرى تختفي من الدم تقريبا و يشمل نخاع العظم و الغدد اللمفاوية في هذا المرض لإنتاج هذه الأعداد الكبيرة من الخلايا اللمفاوية. (ملحم محمد حسين،1987)

أما في حالة اللوكيميا النخاعية فيكون الطحال أكبر مركز للنشاط المرضي ولذلك كثيرا ما يكون تضخم الطحال أول علامة للوكيميا النخاعية.

7- 2- سرطان الرئة:

و هو يصيب في الأغلبية المدخنين، حيث يظهر عليهم سعال و ضيق التنفس، ظهور النفث الدموي و وجود البصاق، و أكثر من ذلك يصيب صاحبه الهزال وتقوص الأظافر.

أما العوامل المساعدة في ظهوره فتتمثل في كثرة استهلاك التدخين و الغبار والأتربة و استنشاق دخان المكامن و الآلات والسيارات، الغازات السامة و أتربة المعامل.

7- 3- سرطان الرحم:

و هو يصيب الرحم نفسه أو عنقه عند النساء ممن تجاوزن سن الأربعين و من أعراضه النزيف الدموي الحاد من الرحم و في غير أوقات العادة الشهرية أو عند سن الآياس بالإضافة إلى خروج إفراز غير طبيعي من الرحم، و هذه الأعراض تكون غير مؤلمة. (ملحم محمد حسين، 1987)

7- 4- سرطان الثدي:

يبدأ المرض على شكل ورم صغير أو قرحة أو توسع في حجم أحد الثديين أو إفراز دموي في الحلمة دون أي ألم، ويظهر ذلك على شكل عقدة في الثدي أو تغير موضعي في جلد الثدي. (ملحم محمد حسين، 1987)

7- 5- سرطان الجلد:

و هو من أكثر السرطانات التي تصيب الإنسان إلا أنه قابل للشفاء في مراحله الأولى و يتخذ أشكالا متعددة: حيث يظهر على شكل لون أسود أو بني و قد يظهر كذلك بمحل جرح غير ملتئم رغم مرور ثلاثة أسابيع على الإصابة، أكثر أنواعه انتشارا هو سرطان الخلايا القاعدية و سرطان خلايا البشرة.(مالكوم شوارتز، 1995)

7- 6- سرطان الأمعاء الغليظة:

و يصيب الرجال أكثر من النساء و غالبا ما يكون مصحوبا بسليلة مخاطية، حيث تبدأ علامات الإصابة به بنزيف من المخرج، و تغيرات على مستوى تحرك الأمعاء إذ يحصل إمساك أو جريان مع مغص و ألم في البطن.

7- 7- سرطان الفم:

و هو يظهر عند الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم الأربعين سنة و بنسبة ثلاث مرات عند الرجال أكثر من النساء، و تشمل أماكن الإصابة به اللسان و الشفتان و الغدد اللعابية و اللثة و الحنك، و اللوزتين و الفك السفلي، و أول العوامل المساهمة في ظهوره هو التبغ و الكحول.

و يشمل الأعراض فقدان الإحساس بمنطقة الفم أو وجود صعوبة و ألم يرافق المضغ أو البلع و شعور بوجود إعاقة في الحلق أو البلعوم و تقييد في حركات اللسان أو الفكين، أما الأعراض التي قد تظهر خارج الفم فتتضمن الشلل في الوجه أو وجود تقرح أو تضخم حول الأذن أو في أعلى الرقبة، و يعالج هذا النوع بالجراحة و الأشعة. (دلاس جونسون، 1969)

7- 8- سرطان العظام:

هو أي ورم خبيث ينمو في الهيكل العظمي و كثيرا ما يحصل عند الأطفال وصغار البالغين.

و هو عبارة عن تواجد أعداد متزايدة من خلايا البلازما غير الطبيعية داخل العظام، و هذه الخلايا تقوم بتدمير نسيج العظام الطبيعي و تسبب الألم، و غالبا ما يرافق هذا المرض وجود الأنيميا أو فقر الدم إضافة إلى تزايد التعرض للالتهاب. (مالكوم شوارتز، 1995)

7- 9- سرطان الحنجرة:

لهذا السرطان علاقة واضحة بالتدخين و بشرب الكحول، حيث تحصل خشونة مستمرة في الصوت في البداية، ثم يتبعها اختفاء في الصوت و ألم و تضخم في الغدد اللمفاوية.

7- 10- سرطان اللسان:

يصيب هذا النوع من السرطان الرجال أكثر من النساء و يحصل في السنوات المتقدمة من العمر و مما يعرض للإصابة بمرض السيفيليس، حيث يظهر تضخما في اللسان و جفافه في البداية ثم يشعر المصاب بألم ونزيف و تشقق ثم تضخم في الغدد المتواجدة في الرقبة.

7- 11- سرطان الخصيتين:

أول عرض أو إشارة لظهور هذا المرض هو انتفاخ في الخصية المصابة و لا يصاحبه ألم غالبا، و هو أكثر شيوعا عند الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين العشرين والخامسة والأربعين.

7- 12- سرطان غدة البروستات:

تزداد إمكانية الإصابة به مع التقدم في السن ، و هو عبارة عن تضخم غير عادي للغدة، إذ تضغط على مجرى البول لكن في حالة السرطان يظهر دم مع البول، و يشعر الشخص المصاب بصعوبة التبول، و بكثرة عدد مرات التبول، و علاجه يكون عن طريق الجراحة، و ذلك باستئصال الغدة بكاملها أو عن طريق العلاج الهرموني، أي باستئصال هرمونات أنثوية. (دلاس جونسون، 1969)

7- 13- سرطان المعدة:

و هو يصيب غالبا الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين الستين و التاسع والستين في المعدة بعد الأكل و بسوء الهضم، و بصورة خاصة بعد أكل اللحوم، و يخف وزن المصاب تدريجيا، و يشعر بألم في المعدة و قيء و عدم الرغبة في الأكل، و بنقص حامض الهيدروليك في سائل المعدة، و فحص الدم يشير إلى ما يشبه فقر الدم. (مالكوم شوارتز، 1995)

8- الطرق المستعملة في علاج السرطان:

8-1- الجراحة: إن العلاج بالجراحة للسرطان وصل إلى نقطة أصبح فيها المرضى الذين يتعرضون لجراحة معينة بعد التشخيص المبكر لديهم فرصة أفضل للشفاء و العودة إلى الحالة الطبيعية، كما أن نتائج الجراحة تقيم بشكل عام من حيث الشفاء بمدة زمنية تقدر بخمس سنوات، و معاودة السرطان بعد الجراحة لا يعد هجوما ثانيا من قبل المرضى، بل نمو خلايا خبيثة من جديد، و في بعض أشكال السرطان قد يمر المريض بفترة انتقالية يبقى فيها السرطان كامنا قبل أن تظهر أو تعود الأعراض ثانية. (مالكوم شوارتز، 1995)

و هناك ثلاثة أنواع من الجراحة:

8-1-1- الجراحة المنعية: تجري لمنع تطور السرطان، إذ يمكن لبعض البقع أو المناطق الجسدية أن لا تكون أوراما خبيثة، حيث يشعر الطبيب أنها تمثل حالة ما قبل الإصابة بالسرطان و التي يمكن أن تتطور إلى سرطان كامل إذا لم تعالج.

8-1-2- الجراحة المحددة: معظم الأشكال الرئيسية للسرطان، يمكن معالجتها بالجراحة المحددة و التي تتبع على أمل إزالة كل النسيج السرطاني الخبيث و بذلك يتم

شفاء المريض، و لإنجاح العملية لا بد من إزالة ما أمكن من الأورام الخبيثة بل أكبر كمية ممكنة من النسيج المتورم أو المحتمل تورمه.

8-1-3- الجراحة الداعمة: يتميز أتباعها بشكل أولي للمحافظة على المريض خاصة بالمراحل المتقدمة من المرض، فالجراحة الداعمة يمكن أن تعالج التعقيدات المرافقة للإصابة بالسرطان، و في الحالات المتقدمة جدا قد يقوم الجراح بإجراء جراحة داعمة لاستئصال الورم. (Deleval. M, 1979)

8-2- التخثير الكهربائي:

يستعمل لتحطيم نسيج الورم من خلال التخثر.

8-3- العلاج الإشعاعي:

و هو يشمل أشعة أكس و الراديوم أو النظائر الفيزيولوجية الإشعاعية المصنفة و غيرها، و يستخدم عادة بعد الجراحة لتدمير الخلايا السرطانية، إذ تبرز فعاليته في كونه يعمل على تحطيم، أنوية الخلايا مما يؤدي إلى توقف الإنقسام الخلوي.

و يستخدم هذا العلاج عادة بعد الجراحة كما هو الحال في سرطان الثدي وأحيانا قبل الجراحة كما هو الشأن في سرطان عنق الرحم.(Domart et Bourneuf, 1984)

8-4- العلاج الهرموني:

و هو يطبق على عدد من الأمراض السرطانية كسرطان الثدي و سرطان البطانة الرحمية و سرطان البروستات، و أحيانا في معالجة المبيض و سرطان الكلية، و يمكن تقدير مدى فعالية هذه الطريقة العلاجية بالبحث عن مستقبلات هرمونية على مستوى

النسيج الورمي الذي تعرض لهذا النوع من العلاج، و يتم هذا العلاج الهرموني إما بطريقة جراحية أو طبية.

8-5- العلاج الكيميائي:

و يعد من أكثر العلاجات تداولا ضد السرطان، حيث يعتمد على الأدوية التي تؤثر على الخلية أو الخلايا السرطانية، قصد التخفيف من نمو الأورام بهدف إيقاف عملية الانقسام الخلوي.

8-6- العلاج المناعي:

وهو علاج مكمل يعمل على إكمال تحطيم الأورام السرطانية المتبقية بعد القيام بالعلاج الكيميائي. (Deleval. M, 1993)

كما يمكن أن يكون مضافا لمخدرات مضادة للسرطان، لأنه يرفع من الفعالية العلاجية و نستطيع أن نميز في هذا النوع من العلاج:

8-6-1- العلاج المناعي السلبي: و يعتمد هذا الأسلوب العلاجي على حقن الجسم بمضادات مصلية متميزة و مضادة للأورام، غير أنه في استطاعة هذه المواد أن تثير آثارا عكسية تسمى بالآثار التسيرية.

8-6-2- العلاج المناعي المتبني: و يشمل حقن الجسم بخلايا مناعية نشطة (اللمفاوية) وذلك بواسطة تطعيم النخاع العظمي.

8-6-3- العلاج المناعي النشط: و يحتوي هذا العلاج على:

أ- علاج مناعي فعال مميز: و ذلك بحقن الجسم بخلايا ورمية ميتة أو محولة.

ب- علاج مناعي فعال غير متميز: و ذلك بالاستعانة بمعدلات مناعية و مواد مساعدة للمناعية مثل: (B.C.G le vomnisol) إلى جانب الاستعانة بالإنترفرون السيري الذي ينتمي للكريات البيضاء. (Deleval. M, 1993)

8-7- العلاج النفسي:

و هو لا يقل أهمية عن العلاجات الكلاسيكية (الطبية)، إذ يعمل على تخفيف وتسكين آلام المرضى المصابين بالسرطان و مساعدتهم على التكيف مع هذا المرض المزمن الخطير و ذلك عن طريق المرور بمراحل الإستجابة النفسية التي تميز المعاش النفسي للمريض المصاب بإصابة مرضية خطيرة، و هي تتمثل في القلق الحاد ثم مرحلة الإنكار ثم إصابة المريض بالإكتئاب، و بتدخل الكفالة النفسية يتمكن المريض من الوصول إلى مرحلة التكيف مع وضعه الجديد و تقبل مرضه. (Haynal et Pasini, 1978)

كما تجدر بنا الإشارة إلى أن كل العلاجات النفسية تهدف إلى تقوية دفاعات المريض و هذا باستدراك القدرات الموجودة لديه، قصد اختيار الأسلوب المناسب الذي يؤدي به إلى تعايشه مع هذه الأزمة وتقبل الوضعية الإستشفائية.

و من العلاجات الأكثر ملائمة في هذه الحالة هو العلاج الإسنادي، العلاج السلوكي، العلاج المعرفي، و هذا يتوقف على التوجه النظري الذي ينتمي إليه المعالج و على إمكانيات الطاقم المعالج وحاجات المريض. (Darcourt. G, 1983)

9- التكفل بمرض السرطان في الجزائر:

انتهجت الجزائر خطوة مبدئية في مجال تحسين ظروف الصحة العامة و لم يقتصر الأمر على مقاومة الأمراض المعدية، و إنما تعدى كذلك إلى العمل على مكافحة السرطان الذي حظي اهتماما كبيرا خلال العشرية الأخيرة، نظرا لما يسببه من وفيات و إصابات.

حيث تبين وزارة الصحة و السكان و التخطيط أن القضاء على مخلفات هذا المرض، يقتضي إقامة مصالح لمعالجة المصابين به من أجل التخفيف من حدته و إصدار سجلات إحصائية خاصة به قصد معرفة خطورته و انتشاره.

و في سنة 1985 تم إصدار سجل للأورام في الجزائر العاصمة، بالإضافة إلى قيام وزارة الصحة في سنة 1987 بإنشاء منظمتين حيث تتعلق الأولى بدراسة ملفات المرضى للعلاج في الخارج و التي تدعى منظمة التكفل، أما الثانية فهي مكلفة بالتمثيل الوزاري لوضع و متابعة سياسة مكافحة السرطان حيث تعرف بالمنظمة الوطنية للسرطان، و تضم العديد من الأعضاء و السياسيين و الأطباء، و التي تهدف للوصول إلى سياسة عامة و فعالة لمكافحة السرطان، و في نفس السنة أصدر سجل خاص في سطيف، كما فتحت مصلحة العلاج بالأشعة بمستشفى عين النعجة، و مصلحة للمعالجة الكيميائية بوهران. (Bouzid. K, 1995)

تواصلت الإجراءات و المناقشات و المجهودات في ظل مكافحة السرطان، ففي جانفي 1988، أقيم يوم وطني دراسي حول السرطان الذي شهد مناقشات طويلة، حيث أسفر على إصدار القرارات التالية:

- التكثيف من إنشاء سجلات وطنية و مجلات جهوية لمرضى السرطان حسب الأجهزة العضوية مدعمة و مسيرة من طرف إدارة الأوبئة بوزارة الصحة و المعهد الوطني للصحة العمومية.

- الوقاية الأولية تكون بمكافحة التدخين و القضاء على العوامل المسرطنة.

- الأخذ بعين الإعتبار بعض الإقتراحات للتقليل من المعالجة في الخارج.

- التوزيع المنظم لوسائل الكشف عبر مختلف الجهات.

- ترقية التعليم في هذا المجال –السرطان- و توعية الأشخاص عنه.

كما زاد الإهتمام بمكافحة السرطان في أغلب جهات الوطن، ففي سنة 1990 تم فتح مصلحة المعالجة بالأشعة في قسنطينة، و مصلحة المعالجة الكيميائية بمركز مكافحة السرطان في الجزائر العاصمة، في حين تم فتح مركز يضم بعض المصالح لمكافحة السرطان في البليدة، كما تم إصدار سجلات خاصة بالأورام في كل من وهران، الجزائر العاصمة لسنتي 1993-1994 ضمن أهم النتائج المتعلقة بالمصابين بالسرطان كنسبة الإصابة حسب الجنس و نوع السرطان. (Bouzid. K, 1995)

9-1- مكافحة مرض السرطان:

بعد التمكن من القضاء على الأمراض المعدية المنتشرة التي كانت متعلقة بالفقر و الوباء، ارتفعت حدة مشكلة السرطان الذي أصبح يشكل تحديا للطب فرغم الجهود المبذولة للحد من انتشاره و التكاليف الباهضة المصروفة لحل هذه المشكلة، إلا أن الوفيات الناتجة عن الأمراض السرطانية تمثل النسبة الكبرى من مجموع الوفيات بعد أمراض القلب و الأوعية الدموية. (دلاس جونسون، 1969)

لذا هناك عدة إجراءات أساسية يمكن اتباعها للوقاية من السرطان و الحد من انتشاره أهمها:

9-2- التشخيص المبكر و التنبه للسرطان:

إن أهم حماية للإنسان من خطر السرطان هو التنبه له و مراقبة أعراضه و تشخيصه باكرا و الإسراع في معالجته، و هذا يتطلب المزيد من المعرفة عن خصائص المرض و التعاون مع الطبيب لإجراء فحوصات دورية وقائية خاصة بعد سنة الخامسة و الثلاثين عند النساء، و الخامسة و الأربعين لدى الرجال، حيث أنه كلما تم تشخيص السرطان مبكرا كلما ازداد الأمل في الشفاء منه. (Abid et Hammoud, 1995)

خلاصة:

حاولنا من خلال هذا الفصل توضيح و فهم الخطورة التي تكمن في الإصابة بمرض السرطان، أهمها صعوبة الإستقصاء الطبي، و بعض الغموض في معرفة المسببات الفعلية لهذا الداء، حيث يعود ظهوره إلى التكاثر غير المنضبط للخلايا و هذا ما يحدث خللا على مستوى عدد من الجينات التي تكون مسؤولة عن التحكم في الإنقسام الخلوي، و هذا التكاثر الفوضوي يتميز بمختلف الأمراض السرطانية نظرا لاشتراكها في نفس الخصائص الباتولوجية، مع اختلاف طفيف في الأسباب المؤدية إليها و الإصابة بها و تطورها، و كذا في مدى التحكم فيها و علاجها.

كما تطرقنا أيضا إلى أهم الطرق القاسية المستعملة في علاجه، (العلاج بالجراحة، الإشعاعي، الكيميائي، و غيرها) مع الإشارة إلى أهمية العلاج النفسي وضرورة إدماجه إلى جانب الطرق الكلاسيكية الطبية، نظرا لكونه لا يخلو أهمية في التكفل العلاجي بالحالة النفسية للمريض المصاب بالسرطان، و التعرف على انفعالاته و مختلف استجاباته نحو هذا المرض الخطير الذي يهدد حياته، بالإضافة إلى التخفيف من الآثار غير المرغوب فيها التي تسببها الطرق العلاجية الطبية.

الفصل الثالث

الضغط والمواجهة

- تمهيد.

أولا: الضغط النفسي:

1- لمحة تاريخية عن الضغط.

2- التناولات النظرية لمفهوم الضغط.

3- الضـغط والسرطـان.

4 - مصادر الضغط.

5- الخصائص الفردية المؤثرة في تقييم الأحداث الضاغطة.

ثانيا : إستراتجيات المواجهة:

1-التناولات النظرية لمفهوم المواجهة.

2-أنواع إستراتيجيات المواجهة.

- خلاصـ ـة.

تمهـيد:

يخضع الفرد لوسطه الفيزيائي و الإجتماعي إلى أحداث غير متوقعة و اعتداءات مزمنة، إذ أن شروط حياته تقوده أحيانا إلى وقوعه في وضعيات ضاغطة، و التي غالبا ما تكون مرتبطة ببقائه و تعمل على تسخير الجسم بإستثمار كمية هائلة من الطاقة، قصد مواجهة مختلف الصعوبات المتعلقة بأحداث الحياة اليومية.

و الواقع أن جسد الإنسان مهيأ لأن يعيش في جو روتيني و ليس في حالة طوارئ و في الوقت الذي تكون فيه الحالة النفسية للشخص لا تسمح بإرصان دفاعات للتكيف مع الوضعية الضاغطة، يصبح الجسم في حالة خطر بحيث ينهك جسده عن طريق إستنفاذ كل احتياطاته الطاقوية الفيزيائية و النفسية، فيصبح مضطربا غير قادر على الإدراك و التفكير في غير ما هو فيه من معاناة انفعالية. (عبد الرحمان سي موسي، 2002)

و نسمي الإستجابة لهذه المواقف بالضغط الذي أصبح يعد مرض الحضارات الحديثة، و أحد العوامل النفسية التي نالت اهتماما بالغا في تفسيره من قبل العديد من الباحثين في مختلف الميادين الطبية السيكاترية و البيولوجية و السيكوسوماتية و المعرفية. (Stora.G, 1991)

أولا: الضغط النفسي:

1- لمحة تاريخية عن مفهوم الضغط:

تجدر الإشارة إلى أن مصطلح الضغط قد استعمل بعدة مفاهيم عبر أزمنة مختلفة حيث استخدم في أوائل القرن الرابع عشر للدلالة على حالات المشقة و الضيق و الحزن.

و قد نشأت كلمة الضغط من الفعل اللاتيني سترينجر Stringer الذي يدل على الضيق و قد استعملت في اللغة الإنجليزية خلال القرن السابع عشر بمعنى مصاعب أو محن أو حرمان، ثم تطورت و أخذت معنى التوتر و الشدة و الجهد المرتبط باستمرارية الحياة و تحدياتها. (Radat. F, 1998)

و ابتداءا من القرن التاسع عشر استعمل كوشي Cauchy مصطلح الضغط في مجال الفيزياء لدراسة الأجسام الصلبة نتيجة لقوة تهدده بالتشويه. (Paulhan et Bourgeois, 1998)

أما الإستعمال الحديث لمفهوم الضغط فقد جاء من خلال أعمال العالم الأمريكي والتر كانون Walter Cannon 1914، إذ يعد من الأوائل الذين استخدموا مصطلح الضغط الإنفعالي في دراسته لفيزولوجيا الإنفعالات، حيث اعتبره اضطرابا في الإتزان البدني الذي ينشأ تحت ظروف معينة كالتعرض للبرد، نقص الأوكسجين أو إنخفاض السكر في الدم. (عن أزروق، 1997، ص : 25)

و قد بينت دراساته أن مصادر الضغط الإنفعالي كالألم، و الخوف، الغضب ...إلخ تسبب تغير في الوظائف الفيزولوجية للكائن الحي خاصة على مستوى الجهاز الوعائي القلبي (ازدياد ضربات القلب، إرتفاع الضغط الشرياني ...إلخ) و يحدث ذلك نتيجة للتغيرات التي تطرأ على مستوى إفراز عدد من الهرمونات، أبرزها : هرمون الأدرينالين المسؤول على إستعداد الجسم لمواجهة المواقف الطارئة. (Duguay et Elhenberger, 1981)

و قد استعمل سيلي Selye أولا مصطلح المثير بدلا من الضغط ليدل على العوامل أو القوى الخارجية التي تؤثر على العضوية، و قد أطلق على استجابة العضوية للمثيرات الضارة تسمية "العوامل الضاغطة".

ثم أطلق عليه سنة 1951 مصطلح إعتداء أو عدوان و مورد فعل غير خاص، إستجابة لا نوعية للعضوية اتجاه أي مطلب فيزيولوجي كان (تمرين عضلي، التعرض للبرد، الإنفعال) أو مرضيا (عدوى مرضية).

كما فسر هذا الباحث في كتابه " الضغط والحياة Stress and life" السبب الذي دفعه للتغيير الإصطلاحي لمعنى الضغط بقوله : " تحدثت في أعمالي الأولى عن العوامل الضارة، لكن هذا المصطلح كان أقل تناسبا، فالسلوك الجسدي العادي كالتمرين العضلي أو الإثارة و التعرض للبرد يسمح للعضوية بإحداث بعض التظاهرات كاستجابة لإنذار، و لم يكن بوسعي التحدث عن العوامل الضارة، و في مثل هذه الحالات كنت بحاجة إلى كلمة أكثر، فالضغط هو استجابة العضوية لهذه العوامل".

و أطلق سيلي Selye على المظهر الفيزيولوجي لهذه الإستجابة اللانوعية "بالتناذر العام للتكيف" و هذا من خلال تجاربه التي أجراها خلال 1956 و 1980 حول

المرضى، إذ لاحظ أنهم يشتركون في نفس الخصائص العامة و الأعراض المرضية المتشابهة، إضافة إلى الأعراض النوعية الخاصة بالمرض، رغم تعدد الأمراض و الشكاوي لديهم، حيث توصل إلى أنهم جميعا يعانون من ضعف في الشهية و الوهن العضلي و فقدان الإهتمام بالمحيط.

وتوصل Selye في نظريته للتناذر العام للتكيف سنة 1956 على الخاصية المحدودة لاستجابة الجسم للعمل الضاغط، إذ أنه مهما كانت نوعيته فإن إستجابة الجسم التي تعمل على إعادة التوازن تكون من نفس النوع. (Maurer, 1984)

و قد ميزSelye بين "Di stress" كإشارة للإستجابات اتجاه الاعتداءات، المصائب و التشوهات التدريجية للمحيط و بين "Eu stress " و هي الإستجابة للمفاجئات السارة و التغيرات النافعة للفروق المعيشية كالخطوبة ، الإرث، الترفيه. (عبد الرحمان سي موسي، 2002)

و قسم الباحث Selye هذه الإستجابة أو ردود الأفعال اتجاه المصادر الضاغطة إلى ثلاث مراحل :

- مرحلة الإنذار : Alarm Phase
- مرحلة المقاومة : Resistance Phase
- مرحلة الإنهاك : Eschaustion Phase. (Maurer, 1984)

و قد استخدم مصطلح الضغط من قبل الباحثين لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman 1984، فحسب Lazarus يحدث الضغط عندما يوجد تعاون بين متطلبات و ضروريات الوضعية الضاغطة و قدرات الفرد في الإستجابة ، مما يتعب موارده فتصبح راحته مهددة.

و لا يزال مصطلح الضغط يستخدم بعدة معاني و دلالات عند معظم العلماء و الباحثين في الدراسات الطبية و النفسية و الإجتماعية و كما لاحظ راسل Rassel 1984، أن اصطلاح الضغط غير واضح في دلالته، حيث نجده يحتوي على معاني مزدوجة ترتبط في نفس الوقت بالمثير و الإستجابة، بينما المنهج العلمي يحثنا أن نعرف الضغط إما كإستجابة Response تتطلب دراسة أسبابها، أو أننا نقوم بتعريف الضغط كمثير Stimilus و يستلزم دراسة نتائجه المحتملة و رغم التباين في تعريف مفهوم الضغط يميل العلماء و الباحثون إلى التمييز بين ثلاثة أنواع من الضغط وفقا لتوجهاتهم النظرية:

الضغط الفيزيولوجي: و هو يتصل خاصة بإختلال في نظم و خلايا الأنسجة.

الضغط الإجتماعي: و يخص تفكك وحدة إجتماعية معينة أو نظام إجتماعي معين.

الضغط النفسي: و يتعلق بالمتغيرات المعرفية التي تقف وراء تقدير الفرد للمواقف التي تهدد كيانه و راحته. (عثمان إخاف ، 2002)

2- التناولات النظرية لمفهوم الضغط :

إن النظريات التي حاولت تفسير الضغط لم تختلف في تعريفه بل اختلفت في تفسير الأسباب و العوامل التي تساهم في حدوثه، و من بين هذه التناولات النظرية نميز:

2-1- التناول البيولوجي :

تميزت أعمال العالم الأمريكي والتر كانون Walter Cannon (1871-1945) في دراساته و أبحاثه البيولوجية عن الضغط بالكشف عن مدى وجود إرتباط بين المتغيرات البيولوجية و العوامل النفسية، حيث فسر ردود الأفعال الجسدية التي

ترافق الهروب أو الهجوم عن الحيوان الذي يكون في أصل الضغط، يثار من قبل الجهاز العصبي المستقبل عن طريق هرمون الأدرينالين المسؤول عن تهيئة الجسم لمواجهة المواقف الطارئة. (Fontaine. O, 1996)

و يعد الباحث الفيزيولوجي الكندي هانس سيلي Hans selye من الرواد الأوائل الذين اهتموا بدراسة مفهوم الضغط، حيث يعرفه في أواخر أعماله (1982) على أنه : نتيجة محتملة لكل المطالب المفروضة على الجسم بالقوة سواء تعلق التأثير بالناحية العقلية أو الجسدية.

كما لاحظ من خلال دراساته التجريبية التي أجريت على بعض الفئران التي تم تعريضها لعوامل خارجية ضاغطة بغرض البحث عن هرمونات جديدة تفرزها مبايض ovaires إناث الفئران، بعد أن استبدلت بزرع مبايض لماشية، إلى ثلاث نتائج رئيسية:

1- إفراط في إفراز الغدة الكظرية.
2- ظهور الأعضاء اللمفاوية كالطحال.
3- تقرحات معدية.

و توصل سيلي Selye إلى أن هذه التغيرات تحدث بطريقة نمطية مهما كانت المواد السامة التي تهدد الجسم من جهة، و بعض العوامل التي تعترضه كالبرد، الحرارة، الصدمات، النزيف الدموي، و الإلتهابات العصبية من جهة أخرى.

و تمثل هذه العناصر حسب Selye علامات ثابتة تدل على إصابة الجسم مهما اختلفت أنواع الأمراض التي يعاني منها الفرد.

و أطلق على هذه التغيرات اسم: " التناذر العام للتكيف" Syndrome Général d'Adaptation (SGA) أو اسم : التناذر البيولوجي للضغط. (Paulhan et Bourgeois, 1998)

و تمثل هذه الإستجابة في نظره ردة فعل الإنسان اتجاه الضغط، و هي عبارة عن نظام دفاعي متكامل لحماية الجسم من التهديدات الخارجية التي تواجهه أو هي مجموع ردود أفعال فيزيولوجية غير نوعية للجسم اتجاه عوامل بيئية مختلفة. (Stora. G, 1997)

و هذه الإستجابة تمر بثلاث مراحل متعاقبة :

مرحلة الإنذار : و هي مرحلة سريعة تقع عند استجابة الفرد لتهديد مدرك حيث يضطرب جسم الإنسان و يصبح غير قادر على التكيف مع الوضعية الطارئة و ينتج عن ذلك إضطرابا في توازن الجسم، حيث يقوم الجهاز العصبي السمبتاوي و الغدد الأدرينالية بتجنيد كل طاقة الجسم من خلال تعبئة أجهزة الدفاع، فيتم إفراز الغدة الدرقية لهرمون الأدرينوكورتيكوتروبيك Adrenocorticothropic (ACTH) الذي يؤدي بدوره إلى إفراز هرمونات الإبنفرين Epinephrine و النور إبنفرين Nore Epinephrine و الكورتيزول Cortisol في الدم. (إخلاف، 2001)

فينخفض نشاط الوظائف الحيوية و تحدث تغيرات قلبية، عرقية، و يرتفع ضغط الدم في العضلات و الدماغ ويزداد ارتفاع نبضات القلب، يصاحبها شحوب اللون، إصفرار الوجه، آلام في الرأس و البطن و تكون إستجابة الفرد السلوكية في هذه الحالة على شكل هروب أو مواجهة. (بن طاهر بشير، 1998)

و ما يميز الجسم في نهاية هذه المرحلة حالة من استثارة فيزيولوجية قصوى تجند بكل قوة لمقاومة الحدث الضاغط.

مرحلة المقاومة : حيث يحاول الفرد مقاومة مصدر التهديد من خلال إختفاء معظم مظاهر المرحلة السابقة و يكون الجسم في حالة تيقظ عام، حيث يتم تجديد مستمر للهرمونات الدفاعية المستعملة لمواجهة العامل الضاغط، مما يؤدي إلى إنتاج كبير للمضادات الحيوية و زيادة مستوى النشاط الأيضي و يسمح هذا الجهد المستمر على تقوية حساسية الجسم للمؤثرات الخارجية الأخرى، مما يؤدي إلى تكيفه معها غير أن قدرة الفرد على المقاومة محدودة فإن استمر الفعل المؤثر على الجسم لمدة أطول فإن هذا من شانه يعرض الجسم إلى الدخول في مرحلة الإنهاك. (Berne, 1984)

مرحلة الإنهاك : حيث يكون الجهاز المناعي قد ضعف و تتلاشى ميكانيزمات التكيف، و يفقد الجسم قدرته التوافقية على مواجهة الإعتداء، و تبدأ علامات الإعياء بالظهور تدريجيا، و بعد أن يقل إنتاج الطاقة في الجهاز العصبي السمبتاوي، يتولى الجهاز العصبي الباراسمبتاوي الأمور و تدل هذه المرحلة على فشل الجسم في مقاومة الضغط. (حامد عبد السلام زهران،1987)

فحسب سيلي Seyle فإن مصدر الضغط ينجم عن سبب خارجي مما يسمح للجسم إتخاذ سلوك هرموني أو تجنبي، و عندما تتوقف العضوية على التكيف مع المثير يمكن أن تحدث أمراض التكيف مثل: القرحة المعدية، الضغط الدموي المرتفع، و آلام المفاصل.(Bloch, 1993)

فمفهوم الضغط حسب هذا الباحث، يرتكز أساسا حول الدوافع الفيزيولوجية و فسر الضغط تفسيرا آليا، و أهمل الجانب النفسي، إذ أن هناك إختلافا في الإستجابات الفردية للوضعيات الضاغطة، حيث أنه ينظر للفرد على أنه مترجم سلبي لمنبه إلى استجابة فيزيولوجية كما يغفل عن التفاعل القائم بين الفرد و أوساطه المختلفة التي تشكل الجزء الأساسي للتناولات التنظيمية للبيولوجيا و علم النفس. (Cox et Cox, 1985)

2-2- التناول النفسي الإجتماعي:

و يدرس هذا التناول السياقات النفسية الإجتماعية لظاهرة الضغط حسب طبيعة الحوادث الضاغطة التي تعترض الفرد.

و يعتبر ماير Mayer 1931 من الأوائل الذين اهتموا بدراسة أحداث الحياة الضاغطة و علاقتها بالتوازن النفسي للفرد، و هو أول من اقترح ملفا لتوضيح حوادث الحياة الضاغطة التي عاشها الفرد و علاقتها بمحيطه. (Fontaine. O, 1996)

كما يرى راه Rahe و هولمس Holms 1967 أن تراكم أحداث الحياة يؤدي إلى ظهور إضطرابات في الصحة النفسية و الجسدية للفرد، من خلال دراستهما للعلاقة بين التغيرات الحياتية التي تطرأ على الأفراد و معنى قدرتهم على التكيف مع الأمراض الناتجة عن مختلف ضغوطات الحياة حيث تم بناء استبيان أو سلم تغيير الأحداث الحياتية بـ : (S.R.E, the Shedule of Recent Experience, Rahe and Holms)

و يتضمن هذا السلم قائمة 43 حادثا ضاغطا يمثل مواقف عائلية، شخصية و مهنية لها أبعاد اقتصادية و اجتماعية، و يوجد وزن محدد لكل حادثة، و تتراوح الأوزان ما بين

11 و 100، و قد خصصت الأكثر خطورة في حياة الفرد كوفاة الزوج و الطلاق في حين أن الدرجات المنخفضة قد تم تخصيصها للأحداث الأقل ضغطا مثل : تغيير العادات الغذائية و مخالفة الأنظمة. (Stora. G, 1997)

و بعد مراجعة هذا المقياس أعيد تسميته بسلم تقييم التكيف الإجتماعي:

(Social Reajustement Rading Scale – SRRS)
" L'échelle d'évaluation du réajustement sociale "

أما عن الدرجة العليا التي يمكن للفرد التحصل عليها على نفس السلم فتكون بجمع درجاته على حوادث الحياة التي صرح بمواجهته لها خلال فترة زمنية تتراوح بين 6 إلى 24 شهرا الأخيرة.

و قد سمحت دراسة هولمز Holms و راه Rahe بالكشف عن الإرتباط الوثيق بين أحداث الحياة الضاغطة و ما ينجم عنها من ظهور أمراض مختلفة.

كما توصل ماهان Mahan و راه Rahe و أرتور Arthur 1970 في دراستهم التي أجريت على عينة مكونة من 2500 بحارا كانوا في رحلة بحرية لفترة تتراوح ما بين 6 إلى 8 أشهر، إلى وجود علاقة ذات دلالة بين عدد حوادث الحياة التي واجهت البحارة قبل بداية الرحلة و عدد الأمراض التي صرح بها هؤلاء خلال الرحلة عن طريق طلباتهم المتكررة للفحص و الأدوية ...إلخ.

و قد وجد الباحثان ماهان Mahan و راه Rahe أن 70 % من الأفراد الذين تحصلوا على علامة تتعدى 300 نقطة و 50 % من الأفراد الذين تحصلوا على علامة

تتراوح ما بين 150 و300 نقطة طوروا مرضا مزمنا خلال السنة الموالية للرحلة. (Rivolier, 1989)

و من بين الإنتقادات التي وجهت إلى الباحثين ماهان Mahan و راه Rahe من خلال هذا السلم أن تراكم أحداث يومية صغيرة يكون أحيانا أكثر ضغطا من التغيرات أو التعديلات الكبرى التي تطرأ على وجود الإنسان.

كما أنه لابد من الأخذ بعين الإعتبار القدرات الفردية للتكيف مع الأحداث الضاغطة، إذ توجد فروق فردية في طريقة الإستجابة أمام أحداث الحياة، و هذا ما يفسر بعض الأشخاص الذين يواجهون عدة عوامل ضاغطة يبقون على صحة جيدة في حين يميل بعضهم إلى الإصابة بالمرض غير أنهم أقل عرضة للإصابة بالضغط. (Fontaine et all, 1996)

و قد اهتمت الدراسات اللاحقة بعلاقة الأحداث الحياتية الضاغطة لبعض الأمراض الجسدية أو النفسية بالنظر إلى متغيرات الشخصية من تقبل الحدث و توقع حدوثه، مدة دوامه، و أهميته و مدى القدرة على ضبطه و التحكم فيه. و في هذا الصدد يشير كل من كوهان Cohen 1973 و شيسني Chesney و روزليمان Roslimann 1983 و تهايت Thaite 1983 و لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman 1984 و سميث Smith 1993 الذين كشفوا أن أثر الحدث ليس نفسه بالنسبة لشخصين نظرا لاختلاف طريقتهما في التحكم في الوضعية من جهة و هو مرتبط بالسند و الدعم الذي يقدمه المحيط من جهة أخرى، و بالتالي فإن الأحداث الحياتية لا تسمح بالتنبؤ بالإضطرابات التي سيعاني منها الأشخاص سواء كانت من نوع القلق أو الإكتئاب

أو أمراض سيكوسوماتية و عليه لا ترتبط الإستجابة الوجدانية لضغط اجتماعي بحدث معين و إنما ترتبط بفرد ما.

2-3- التناول النفسي العصبي الغددي للضغط :

و يهتم هذا التناول بالسيرورات البيولوجية و النفسية للحدث الضاغط و تصورات الفرد و إدراكاته، و دور الجهاز العصبي الغددي المناعي في تفسير العلاقة التي تربط بين الضغط و المرض فقد بين فارنش Fernch دور الهيبوتلاموس في الحياة الإنفعالية للفرد و النظام الغددي و ما ينجم عن ذلك من الإصابة بالمرض، و حسب العديد من الدراسات فإنه يمكن للضغط أن يؤثر على الوظيفة المناعية و على إمكانية الإصابة بالمرض.(Duguay et Ellenberger, 1982)

كما أن الأفراد يستعينون بطرق مختلفة للحدث أو الموقف الضاغط و عليه فإن العلاقة بين الضغط و المرض تتأثر وفقا للخصائص الشخصية و الإجتماعية للفرد. (Cohen ,1993)

2-4- التناول المعرفي :

مما لا شك فيه أن الإتجاه المعرفي هو المسيطر و السائد حاليا في البحوث العلمية في مجال الضغط النفسي، و هو الذي يتزعمه أرنولد لازاروس Arnold Lazarus حيث طور هذا الأخير نظرية معرفية في السنوات الأخيرة لتفسير بعض مظاهر الضغط و للكشف عن أساليب المواجهة Coping Styles التي يستخدمها الأفراد إثر تعرضهم للأحداث الضاغطة. (عثمان إخاف، 2002)

و يعد هذا التناول المعرفي مغايرا عن تلك النظريات التي تدرج الضغط في ثنائية تنحصر في (مثير–إستجابة) حيث تعد نظرية لازاروس Lazarus التي اهتمت بدراسة مفهوم الضغط أين يكون أسلوب تكيف الفرد مع العامل الضاغط محددا عن طريق تجاربه و خبراته المعرفية، و دراسة النتائج الممكن حدوثها لهذا الموقف الضاغط، بالإضافة إلى تدخل الموارد الشخصية للفرد لمواجهته. (Fontaine. O ,1996)

و قد انصب إهتمام لازاروس Lazarus بالعلاقة الديناميكية المستمرة بين الفرد و المحيط ضمن التقدير المعرفي و المقاومة. (Bonardi, 2002)

حسب فولكمان Folkman و لازاروس Lazarus 1984 يشعر الفرد بالضغط عندما يقيم موقفا ما على أنه يتعدى قدراته الشخصية، و بإمكانه أن يلحق به ضررا و تعتبر هذه الإستجابة كنتيجة لاختلال التوازن بين متطلبات الموقف المثير و قدرات الفرد الموظفة بغرض المواجهة.

و تصنف الباحثة فولكمان Folkman 1984 النظرية المعرفية للضغط و المقاومة إلى ميزتين أساسيتين :

أ- **العلائقية** : و هي تستند إلى العلاقة المستمرة بين الفرد و البيئة، حيث يحتك الفرد بالمحيط الخارجي بشكل مباشر لتلبية مطالبه و من خلال التداخل في علاقته مع هذه البيئة، يقيم الضغوطات المفروضة عليه إلى حد أن تتجاوز إمكانياته و تهدد استقراره و راحته، فتشكل له وضعية ضغط يحاول مواجهتها. (Lazarus et Folkman, 1984)

ب- التوجيه : و هي تابعة لميزة العلائقية و تعني أن الفرد و البيئة ينشطان في إطار علاقة متبادلة بشكل ديناميكي، موجهة للتحرك وفق محاولة إدراك الوضع الضاغط و تفهم ظروفه و تقييم النتائج الممكن حدوثها من جراء التهديد الذي يمارس عليه بالإضافة إلى تقييم إمكانياته و مدى قدرته على تغيير هذا الوضع أو محاولة التكيف معه و هذا ما يجعل العلاقة التوجيهية مزدوجة الإتجاه إذ يؤثر و يتأثر كل من طرفيها (الفرد والبيئة) بالآخر. (Folkman, 1984)

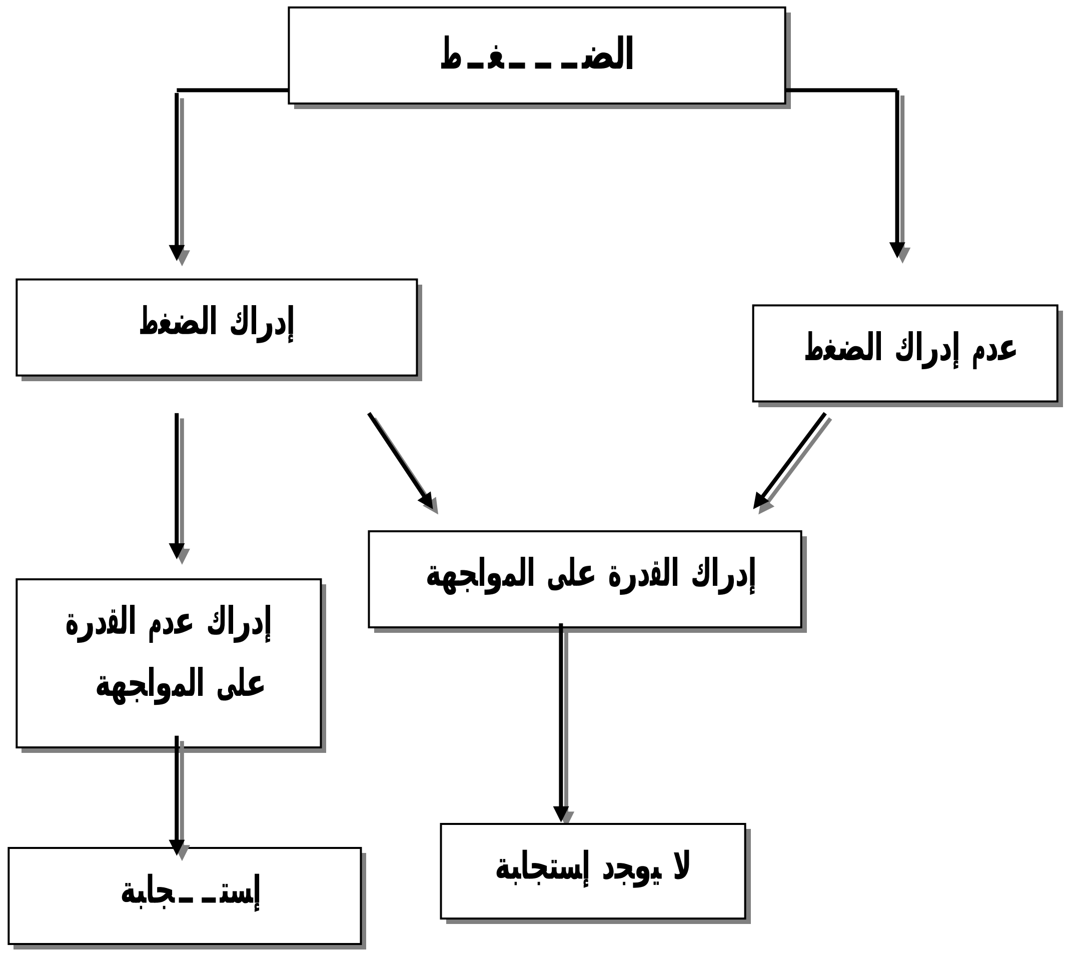
و حسب التناول المعرفي يمكن أن نميز أربع ميكانيزمات أساسية تسمح للفرد بالإستجابة إتجاه المواقف الضاغطة وهي :

- البحث عن المعلومات حول خصوصيات العامل الضاغط.
- إحداث بعض السلوكات التي من شأنها يمكن أن تؤثر على العامل الضاغط.
- كف السلوكات التي يمكنها التأثير سلبا على الفرد.
- وضع سياقا نفسيا يمكنه التنظيم و اتزان الوجدانات (التنظيم الذاتي للوجدان وتنظيم العلاقة فرد– محيط).

هذه العملية الرباعية ترتكز خاصة على الإدراك الديناميكي للضغط الخارجي و المعاش الوجداني الذي يحدثه، التحليل المعرفي للصراع و البحث عن حلول ناجعة قدر المستطاع و الإمكان. (Paulhan, 1994)

و قد طور لازاروس Lazarus نموذجا للضغط يرتكز أساسا على فكرة التقدير المعرفي للضغط و هو عبارة عن عملية معرفية تقديرية يستعملها الفرد للتخمين، معرفة الإجراء الذي يشكل مصدرا للضغط بالنسبة إليه في تعامله مع بيئته ، معرفة

أسباب هذا الإجراء، الكشف عن المجهودات و الحلول التي يستوجبها الموقف الضاغط، و يمكن توضيح أهمية التقدير المعرفي في مواجهة المواقف الضاغطة في الشكل التالي :



شكل (1) نموذج Lazarus (1966) للتقدير المعرفي للضغط
(Lazarus et Folkman, 1984)

و يوضح كل من الباحثين لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman أن التقدير المعرفي للضغط يتم وفق المراحل التالية :

أ- التقييم الأولي : و هي مرحلة تسمح للفرد بتقييم الواقع و الخطر المهدد مثل : الفقدان، التهديد، التحدي للوضعية، و قد يكون التقييم الأولي إيجابيا ينتج عنه سلوكات

إيجابية تدفع الفرد إلى المزيد من الجهد و العمل و هذه الحالة لا تتجاوز إمكانيات و راحة الفرد.

و قد يكون التقييم الأولي سلبيا ينتج عنه سلوكات إنفعالية كالضغط و الخوف و الإستياء و الخجل و القلق ...إلخ، و يصبح التقييم هنا ضارا يهدد راحة و استقرار الفرد. (عثمان إخلاف، 2000)

ب- التقييم الثانوي : و في هذه المرحلة يقوم الفرد بتقييم مدى قدرة و إمكانياته الشخصية قصد مواجهة أو محاولة التكيف مع الموقف الضاغط عن طريق إتخاذ أساليب المقاومة التي تستند إلى متطلبات الواقع، خاصة إمكانيات الفرد الجسدية و النفسية و الإجتماعية و المادية، حيث تشمل الإمكانيات البدنية للفرد فيما يتمتع من صحة جسمية تسمح له بتحمل متطلبات الواقع فالموارد الإجتماعية للفرد تتمثل في المساندة المادية أو العاطفية أو التواصلية.

أما الموارد النفسية فتشمل معتقدات الفرد و مهاراته التي يستعملها في حل المشكلات التي تعترضه، و تقدير الذات و الروح المعنوية.

كما أن الموارد المادية فهي تشمل كل ما يتعلق بالأشياء الملموسة كالمال و الأدوات و التجهيزات. (عثمان إخلاف، 2000)

مرحلة المواجهة :

و يلجأ الفرد في هذه المرحلة إلى استعمال إستراتيجية معرفية أو سلوكية لمواجهة الحدث الضاغط و هذا يتم وفق نوعين أساسيين، حيث تكمن الإستراتيجية الأولى في اتخاذ إجراءات عملية مباشرة لتغيير المواقف الضاغطة و تتسم هذه بطبيعة

أما الإستراتيجية الثانية Problem Solving سلوكية تعتمد على أسلوب حل المشكلات فتتمثل في اتخاذ الفرد أفعال غير مباشرة ذات طبيعة إنفعالية.

مرحلة نتائج المواجهة :

في هذه المرحلة يتحدد مدى تأثير أساليب المواجهة على كل من النشاط الإنفعالي و المعرفي و الفيزيولوجي و السلوكي، و تتوقف إستجابة الفرد التوافقية للموقف الضاغط على مدى نجاحه في استعمال استراتيجية مناسبة للتغلب عليه. (إخلاف، 2001)

3- الضـغط و السرطـان :

تشير آخر الإحصائيات الطبية التي نشرتها منظمة الصحة العالمية في تقريرها السنوي إلى أن مرض السرطان يعد من بين الإضطرابات الصحية التي لها علاقة بالضغوط النفسية و الظروف البيئية السلبية حيث تمثل 50 و 70% من كل الأمراض المعروفة. (إخلاف، 2001)

و قد أشارت العديد من الدراسات الإيبيديمولوجية و التجريبية أن الضغط يمكنه أن يغير من نشاط الجهاز المناعي، و يزيد من قابلية الإصابة بالمرض حيث أن الإستجابة للضغط تسبب في إرتفاع نسبة الكورتيزول cortisol داخل الجهاز المناعي مما يؤدي إلى تقلص وظيفة الخلايا اللمفاوية أو الخلايا اللمفاوية القاتلة، مما يعجز وظيفة الجهاز المناعي عن المقاومة فيزداد نشوء الخلايا السرطانية. (Ikhlef. A, 1995)

و قد ركز العلماء و الباحثين في توضيح العلاقة بين الضغوط الناتجة عن العوامل النفسية و الإجتماعية في محيط الفرد و نمط شخصيته من حيث تمكنه من التكيف مع مختلف الضغوطات و محاولة مواجهتها، و احتمال إصابته بأمراض جسدية خطيرة.

و يعتبر الباحث سناو Snow 1993 في انجلترا أول من تفطن إلى دور الضغوطات في نشوء الورم السرطاني، حيث قام بدراسة إيبيديمولوجية شملت عينة من 250 إمرأة مصابة بسرطان الثدي و توصل إلى أن معظمهن كن قد تعرضن قبل ظهور المرض عندهن لخبرات نفسية إجتماعية سلبية كالطلاق أو الترمل مما تسبب في توليد مشاعر الحزن و التشاؤم و العجز. (إخلف، 2001)

و يرى لازاروس Lazarus أن الأشخاص المصابين بالسرطان يعانون من ضغط نفسي يفرض عليهم التعامل مع المرض بطريقة معينة، و يذكر أن هناك اختلافا في التوافق مع المرض و الذي يرتبط بشكل كبير بخصوصية الإستجابة للضغط الذي يكون المرض مصدرا له، فهناك من يعيش وضعية المرض على أنها وضعية حياتية عادية و هناك من لا يقبل هذه الوضعية إنطلاقا من عدة متغيرات نميز منها الموقف من المرض، تصور المريض لمرضه. (Haynal et Pasini, 1978)

و في دراسة قام بها دوران Dorrain 1986، لاحظ عند الأفراد الذين يعانون من الضغط كمية قليلة من خلايا NK و الأنتركولين الذي يلعب دورا رئيسيا في ظواهر التعاون الخلوي بين مختلف خلايا الجهاز المناعي و أن الضغط المزمن يؤدي في أغلبية الحالات إلى تقليص بعض الدفاعات، كما أن الحصر و الإكتئاب اللذان ينجمان

عن عدم القدرة على مواجهة الموقف الضاغط يؤديان إلى الضعف المناعي مما ينجم عنه تطور الورم السرطاني. (مارتن بول، 2000)

و يرى دفيتا Dévita 1997 أن المصابين بداء السرطان الذين لا يعانون من اضطرابات عقلية أو مشاكل نفسية بارزة بإمكانهم مواجهة المرض و التكيف معه مقارنة بالآخرين، و يعتبرون أن المرض تحدي لهم و يسعون للتكيف معه عن طريق جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عنه، مما يساعدهم على احترام القرارات الطبية الخاصة بالعلاج و يحسنون المعاملة مع الطاقم الطبي، غير أن هؤلاء الأفراد الذين يعانون من ضغوطات ناتجة عن أحداث مؤلمة تتزامن مع ظهور مرض السرطان، قد يصعب عليهم مواجهة هذه الوضعية و التكيف معها.

4- مصادر الضغط :

يشكل الضغط العنصر المركزي لكل التهديدات التي تواجه الفرد نتيجة مختلف متطلبات الحياة اليومية و الإجتماعية و المهنية، مما يستوجب زيادة مفرطة في التكيف النفسي و الجسدي مع الصعوبات التي يعيشها الإنسان يوميا، و التي قد تفوق أحيانا قدرته على مواجهتها أو التكيف معها، مما يجعله عرضة لمختلف الإنعكاسات على الصحة النفسية و الجسدية. (Stora, 1997)

و يمكن تلخيص أهم مصادر الضغط في :

- **الضغط الأسري** : و الذي يشمل مختلف الصراعات الأسرية بما فيها : سوء التخطيط و إدارة الميزانية المالية للأسرة، وجود مرضى أو معاقين في الأسرة،

المشاكل المتعلقة بالزوجين، الصراع بين الآباء و الأطفال خاصة على مستوى التربية، الإنفصال، الطلاق.

- **الضغط الدراسي** : الحياة الدراسية لا تخلو من العوائق و الصعوبات الناتجة عن كثرة الواجبات و الفروض المدرسية، ضرورة احترام الدوام المدرسي، وضعيات الإمتحانات، صعوبة استيعاب المناهج الدراسية ...إلخ.

- **الضغط المهني** : بما فيه الأمن الوظيفي، العمل المكثف، الصراعات، خاصة مع العمال و الرؤساء أو العمال فيما بينهم، بذل المجهودات بدون مكافأة، تغيير طبيعة العمل ...إلخ.

- **الضغط الناتج عن التغير والإنتقال** : كالسفر، الهجرة، تغيير المسكن أو الإقامة، و كل انقطاع على مستوى الروابط العاطفية و العلائقية و الإجتماعية من شأنه أن يحدث إضطرابات إنفعالية على الصحة النفسية و الجسدية للفرد.

- **الضغط الناتج عن إضطرابات عضوية** : كالإصابة بالمرض، صعوبات النوم، الإسراف في إجهاد الجسم، العادات الصحية السيئة، إختلال في النظام الغذائي. (إبراهيم عبد الستار،1998)

- **الضغط الناتج عن عوامل أخرى** : الحروب، الإرهاب، حوادث المرور، الإعتداءات الإجرامية (Ait Sidhoum, 1998, p8) أو الجنحية، كوارث طبيعية كالزلزال، البراكين، الفيضانات، أو التكنولوجية، الكوارث الإجتماعية التي تهدد حياة الأشخاص كالبطالة، الإدمان و غيرها... إلخ. (C.Barois, 1988, p8)

5- **الخصائص الفردية المؤثرة في تقييم الأحداث الضاغطة** :

يرى لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman 1988 أن طريقة إدراك الأفراد و تقييم الأحداث الضاغطة تتأثر بالخصائص الفردية (سمات شخصية) حيث يختلف تقدير الوضعية الضاغطة من فرد إلى آخر، مما يفسر إمكانية تقييم موقف ما من طرف فرد معين على أنه مهدد و تقييم نفس الموقف من طرف فرد آخر على أنه بمثابة تحدي.

و تتجسد هذه الخصائص الفردية في :

معتقدات الفرد : و هي تشمل الإعتقادات العامة كالمعتقدات الدينية و الإعتقادات الشخصية كقدراته على حل المشاكل، موارده...إلخ.

الحوافز العامة : كالقيم، الأهداف، المصالح ...إلخ.

مركز التحكم الداخلي أو الخارجي : الأشخاص الذين ينسبون ما يحدث لهم إلى قدراتهم و سلوكاتهم (أسباب داخلية) أكثر منه إلى أسباب خارجية كالحظ، الصدفة أو القدر فهم يتفاعلون مع المواقف الضاغطة بأسلوب لائق و يتميزون ببعد النظر و توقع الأحداث و لهم القدرة على التأثير في الحياة الإجتماعية، عكس الأشخاص الذين لديهم مركز تحكم خارجي فهم عاجزين عن تحقيق التوافق بين رغباتهم و ميولهم و متطلبات الحياة. (Kobassa S. C & all, 1982)

التحمل أو المكابدة : و هي السمة التي وصفها كوباسا Kobassa 1979 في دراسة له أجريت على 600 إطار في مختلف المؤسسات قصد تحديد سمات الشخصية التي تسمح بالتحكم في الضغط بصفة إيجابية بإعتبار أن الصعوبات و التهديدات التي

تعترض سبيل الفرد ليست تهديدا و إنما تحدي بالنسبة له في مدى قدرته على التكيف معها.

و يمكن تلخيص هذه السمات في :

- الإنخراط في مختلف النشاطات اليومية الإجتماعية و المهنية، و هذا ما يسمح للفرد بالشعور بالتحكم في كل ما يزاوله من نشاط.

- الشعور بتحمل مختلف متطلبات الحياة، مما يسمح للفرد بتنمية المسؤولية و مواجهة الأعباء التي تعترضه لاحقا.

- الشعور بالقدرة على التحدي، مما يمكن الفرد من البحث عن التغيير و القضاء على النمط الروتيني للحياة اليومية. (C. Barois, 1988, p 387)

القلق كسمة : يتعلق القلق كسمة بتكوين مستمر في الشخصية و هو يتمثل في الميل إلى إدراك المواقف التي تعترض الفرد على أنها مهددة لكيانه و استقراره حيث أن الأفراد الذين يتميزون بقلق ضعيف اتجاه الأحداث الضاغطة و إدراكهم أنها أقل تهديدا لكيانهم، يتمتعون بقدرات عالية للتحكم مقارنة بالأفراد الذين يتميزون بقلق مرتفع. (Paulhan et Bourgeois, 1998)

ثانيا : إستراتجيات المواجهة :

الإنسان كائن مزدوج يشكل وحدة نفسجسمية متكاملة، يعيش توازنا لابد منه لسير الحياة، غير أن ضغوطات الحياة أحيانا يمكنها أن تسبب اختلالا في توازن الفرد مما يؤدي إلى إنعكاسات على صحته النفسية و الجسدية.

فالفرد المتكيف يسعى دائما للإندماج بطريقة منسجمة و متناسقة و متفاعلة مع محيطه حيث يسير وفق تحقيق جهوده بالبحث عن إدماج شخصيته و إدراكه الجيد للواقع عن طريق توفيقه بين إشباع حاجاته و إيجاد مهارات و حلول مناسبة لمختلف الصراعات التي تعترضه باستخدامه لأساليب تكيفية تسمح له بمواجهة مواقف الحياة الصعبة، و من ثم استفادة توازنه الداخلي قصد تحقيق استقراره النفسي و الجسدي. (Barois. C, 1988)

1- التناولات النظرية لمفهوم المواجهة :

تعددت الإتجاهات النظرية التي تناولت مفهوم المواجهة، حيث يمثل النموذج الحيواني التناولات الكلاسيكية القائمة على البحوث التجريبية بينما نموذج التحليل النفسي فيركز في تفسيره لهذا المفهوم على المادة اللاشعورية، و هناك التناولات الحديثة التي يمكن حصرها في المجال المعرفي.

1-1- النموذج الحيواني :

يستند هذا التناول إلى الفكر الدارويني من خلال مبدأ الصراع من أجل البقاء، و يتميز ببحوثه التجريبية القائمة على الحيوانات و قد استخدم مفهوم المواجهة للدلالة على أنه إستجابة للضغط أو ميكانيزم من ميكانيزمات التكيف التي يستعملها الفرد اتجاه مختلف الإعتداءات الناتجة عن الوسط الخارجي أو الإنفعالات الداخلية قصد مواجهتها.

فيشير هذا النموذج إلى وجود نوعين من الميكانيزمات التكيفية :

أ- **ميكانيزم المجابهة أو الهجوم** : و يستعمل في حالة الغضب.

ب-**ميكانيزم الهروب أو التجنب** : و يستعمل في حالة الخوف أو الفزع.

كما توصل دانتزر Dantzer 1989 إلى القول أن محك المواجهة اعتبر ناجحا من خلال دراسته التجريبية عن فئران المخبر التي استطاعت عن طريق التعلم أن تكتسب استراتيجية الهروب و تجنب الصدمات و بالتالي أصبحت تملك القدرة على التحكم في المواقف الضاغطة بحيث تمكنت في النهاية من التخفيف من نشاطها الفيزيولوجي الناتج عن الصدمات الكهربائية المتتالية. (Schweitzer et Dantzer, 1994)

و يرى كل من لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman 1984 أن البحوث التي تستند إلى النموذج الحيواني ترتكز أساسا و بصفة عامة على ما يسمى بالسلوك التجنبي أو سلوك التفادي دون غيرها من الإستراتيجيات، الأمر الذي يحول دون فهم و كشف الإستراتيجيات المندرجة في هذا التناول، كما يخدم بعدا واحدا من أبعاد المواجهة و المتمثل في التخفيف من حدة الإضطراب السيكوفينيولوجي. (عن أزروق، 1997، ص 25)

2-1 نموذج علم النفس – الأنا – :

يستخدم هذا النموذج مفهوم المواجهة للدلالة على أنها مجموع من العمليات المعرفية اللاشعورية التي تعمل على التخفيض أو التخاص من كلما يمكن أن يترتب عنه من توتر و قلق و يمكن استخلاص أهم السياقات المعرفية التي تهدف إلى التخفيف من الحصر فيما يلي :

- الإنكار : Le déni و يستعمل الفرد هذا الميكانيزم في حالة إدراكه الحقيقة و إنكاره لبعض عواملها المنحطة أو يمكن تحملها.

- **العزل :** L'isolation تتوقف هنا سلسلة الأفكار فتمنع الفرد من فهم ما يحدث له.

- **العقلنة:** La mentalisation و يستعمل هذا الميكانيزم قصد البحث عن تفسيرات منطقية لما يحدث للفرد، و يرتبط المعيار الأساسي لنجاح استراتيجية المواجهة بنوعية السياق (مرونة و درجة تناسبه مع الواقع و نوعية المآل الجسمي و النفسي للفرد).

و قد تخفف هذه الوسائل الدفاعية من ثقل متطلبات الواقع غير أنها تدفع الفرد أحيانا إلى اتخاذ سلوك غير ملائم إجتماعيا كالعدوانية و تجنب مواجهة الضغوط، كالإنسحاب أو خداع النفس كالتبرير و العقلنة، و بالتالي فمفعول هذه الحيل الدفاعية على التنظيم النفسي للفرد مؤقت و لا يف بالغاية المأمولة في إيجاد مهارات و حلول مقنعة لمختلف صراعاته التي تعترضه، بل قد يتعدى الأمر إلى إضطرابات إذا لم يلجأ الفرد إلى استخدام وسائل أكثر إيجابية. (عبد الحليم محمود السيد، 1990)

كما يهتم نموذج سيكولوجية الأنا بالنظر إلى المواجهة على أنها نمط أو سمة و من هذا المنطلق تم تصنيف الأفراد تبعا للنمط أو السمة التي يتميز بها كل واحد منهم، قصد التمكن من وضع مؤشرات تنبئية و توقعات حول الأسلوب الذي يلجؤون إليه لمواجهة مختلف الضغوطات.

و يرى أتباع هذا النموذج أنه يمكن للإنسان أن يصنف على أنه ذو نمط خاضع أو امتثالي أو أنه ذو نمط واع أو أن يدمج ضمن فئة أصحاب النمط الوسواسي- القهري- أو مع الذين يتسمون بالكبت أو مع الذين يتميزون بالتصعيد. (Dantchev, 1989)

3-1- النموذج الإجتماعي :

و يرى أتباع هذا النموذج أن مفهوم المواجهة يندرج في إطار فردي و جماعي و هذا انطلاقا من إحساس الفرد بالنقص، الذي يؤثر فيه بشدة مما يدفعه إلى انتهاج نوعين من التصرفات التي تتمثل في : تقبل أو رفض الواقع و يتعلق هذا بالإستراتيجيات المختلفة، حيث تستخدم حسب قدرات الفرد و درجة طموحه و مكتسباته الإجتماعية و وفائه للجماعة و الأفراد.

و يمكن تلخيص أهم هذه الأساليب في :

أ- **التطابق :** la Conformité و هو سلوك يوحي بتطابق و توافق الفرد مع القيم الإجتماعية.

ب- **الهروب** : La fuite يتخذ الفرد هذا الميكانيزم في حالة الإنسحاب و الإبتعاد عن المقارنة بالغير و من تجنب الألم.

ج- **سد العجز** : La compensation و يشير إلى إدماج عوامل جديدة و السعي إلى فرضها في الجماعة و جعلها مقبولة.

و يتضح لنا أن الهدف من استعمال أساليب المواجهة حسب هذا التناول هو مواجهة التهديدات و الاعتداءات الناتجة عن الوسط الخارجي قصد الحفاظ على الراحة و الإستقرار و كذا المكانة الإجتماعية المكتسبة. (عن عيطور،1997، ص: 127)

4-1- النموذج المعرفي :

يرتبط مفهوم المواجهة في هذا التناول بسيكولوجية الأنا و المواد السيكولوجية للدفاع و المخاوف المتزامنة مع مختلف المواقف الضاغطة.

و يرى لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman 1984 أن المواجهة عامل متغير و ليس سمة ثابتة في الفرد باعتبار أن العلاقة الموجودة بين الفرد و المحيط ديناميكية و مستمرة، حيث يتأثر كلا طرفيها من خلال بذل الفرد جهوده الدفاعية لتغيير المحيط انطلاقا من تغير الأفكار بمختلف أحداث الحياة الضاغطة.

و يتضح مما سبق أن هذا المنظور يعتبر مفهوم المقاومة كعملية مواجهة و يختلف عن المنظور التحليلي الذي يعتبرها سمة مواجهة.

حيث أن عملية المواجهة تجري في شروط معينة من الضغط النفسي الذي يتطلب تحركا معينا و عملا ذهنيا موجها نحو معالجة تلك الشروط، و هو الشيء الذي يميز المواجهة عن السلوكات الأوتوماتيكية التي لا تتطلب أي جهد معرفي.

2- أنواع إستراتيجيات المواجهة :

تم دراسة أشكال استراتيجيات المواجهة من قبل عدة باحثين من خلال تطبيق عدد من المقابلات و الإستبيانات الذاتية، قصد معرفة الإستجابات التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع مختلف أحداث الحياة الإجتماعية المهنية، العائلية و المرضية، حيث توصلوا إلى اقتراح عدة تصنيفات للمواجهة. (Chipp et Scherer, 1992, p 286)

كما قام كل من لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman 1984 بتصنيف نوعين رئيسيين من أساليب المواجهة من خلال الدراسة التي أقاماها على 100 فرد تتراوح أعمارهم بين 45 و 65 سنة، بغرض الكشف عن مختلف إستراتيجيات المواجهة لديهم، حيث قدما قائمة استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل و بنود استراتيجيات المواجهة المركزة حول الإنفعال.

2-1- استراتيجيات المواجهة المركزة حول الإنفعال :

تهدف هذه الإستراتيجيات إلى التخفيف من حدة الضغط الإنفعالي من خلال استعمال الفرد مجموعة واسعة من النشاطات المعرفية، إما عن طريق التجنب الذي يعد أكثر الإستراتجيات استعمالا و قد يظهر بطرق مختلفة، سواء على شكل وظائف تعويضية بتعبيرات سلوكية أو معرفية كالقيام بالنشاطات الرياضية و الترفيهية، الإسترخاء، التسلية، الشيء الذي يسمح بتفريغ الضغط الإنفعالي، فيشعر الفرد بالإرتياح أو قد يظهر التجنب من خلال إعتقاده أن الوضعية الضاغطة تزول عن طريق تناوله للأدوية أو الكحول أو لجوئه إلى التدخين و قد يستعمل طرقا أخرى كالنشاطات المعرفية التي تعمل على تغيير المعنى الذاتي للحدث حيث يظهر ذلك في :

- اتخاذ البعد بتغيير الإنتباه (كالتفكير في أشياء رائعة).
- الإكثار من العناصر الإيجابية للوضعية.
- التخفيف من تقييم الأوجه السلبية للحالة.
- إعادة التقييم الإيجابي للوضعية بتحويل التهديد إلى تحد. (Folkman et all, 1986)

كما أن نتائج إستراتيجية التجنب مؤقتة، و قد تفقد فعاليتها إذا تواصل الموقف الضاغط فقد بينت أبحاث كل من كوين Coyne و لازاروس Lazarus وفولكمان Folkman أن هذا النوع من المواجهة يكون مصحوبا بأعراض القلق والإكتئاب بالإضافة إلى الإضطرابات السيكوسوماتية. (Paulhan et Bourgeois, 1998)

أما فعالية النشاطات المعرفية في تخفيف شدة الضغط الإنفعالي فتتوقف على درجة الضغط، إذ أنه من الصعب تحويل النشاط المعرفي إلى فكرة التحدي عندما تشتد المواقف الضاغطة إلى حد يصبح يهدد كيان الفرد و حياته، حيث سرعان ما يظهر عجز هذه الإستراتيجيات على مواجهة هذه المواقف. (Bruchon et Schweitzer, 1994)

2-2- إسترتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل :

و هي تشمل مجموع المجهودات التي يستعملها الفرد في حالة مواجهة الحدث الضاغط من خلال وضع إجراءات فورية لحل المشكل مما يسمح بتغيير الظروف الضاغطة الناتجة عن التفاعل (فرد/ محيط). (Graziani et All, 1998)

فالمواجهة هنا تبدو مباشرة غايتها تغيير المشكل و إزالته مما يؤدي إلى تغيير الحالة الإنفعالية للفرد، بالإضافة إلى ذلك وضع مخططات عمل تتيح للفرد إعطاء الوسائل المناسبة لتحويل الموقف الذي يعيشه أو تعديله بإيجاد حلول بديلة مع دراستها و تحديد عواقب هذه الحلول الجديدة ثم اختيار واحدة منها و تطبيقها. (Dantchev, 1989)

ولهذا السبب تقترب استراتيجيات المواجهة التي ترتكز على المشكل مع إستراتيجيات المواجهة التي ترتكز على الإنفعال، حيث تنبثق منها أصناف فرعية وهي:

استراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال و تشمل :

- أخذ المسافة.
- إعادة التقييم الإيجابي.
- الهروب أو التجنب.
- البحث عن السند الإجتماعي.
- التحكم في الذات.

أما استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل فتتضمن:

- حل المشكل في سياق البحث عن المعلومات.
- الهيئة المقصودة و تحمل المواجهة. (I. Paulhan et G. Nuissier, 1994)

كما أن هناك نوعين من الإستراتيجيات المركزة حول المشكل: نوع موجه نحو المحيط و آخر موجها نحو الفرد.

خلاصـــة :

اتجه تركيزنا في هذا الفصل إلى التطرق لمختلف التناولات النظرية لمفهومي الضغط و إستراتيجيات التكيف معه.

و تجدر الإشارة إلى أن مفهوم الضغط قد أخذ اهتماما بالغا من قبل العديد من العلماء و الباحثين في مختلف المجالات البيولوجية و الفيزيولوجية و النفسية و الإجتماعية.

و مع التطور التاريخي لهذا المفهوم، لم يعد النظر إليه كاستجابة بيولوجية محضة مشكلة خطرا مهددا لعضوية الإنسان، و إنما انتقل النظر إليه في العقد الأخير من هذا القرن إلى التركيز على التبادل العلائقي أو التفاعل الديناميكي القائم بين الفرد و محيطه، و هذا ما بينته النظرية المعرفية، إذ تتحدد خطورة التهديد الذي يعترض الإنسان حسب طبيعة إدراكه لهذا الإعتداء و نوعية تقييمه المعرفي له، و ذلك بتدخل عوامل أخرى تترجم بأنواع استراتيجيات المواجهة التي يوظفها، كالتقدير المعرفي و سمات الشخصية و مركز التحكم.

الفصل الرابع

السند الإجتماعي.

- تمهيد.

1- مميزات السند الإجتماعي.

2- أنواع السند الإجتماعي.

3- الخصائص الوظائفية للسند الإجتماعي.

4- الدراسات السابقة للسند الإجتماعي.

5- السند الإجتماعي و الصحة النفسية و الجسدية.

6- السند الإجتماعي و استراتيجيات المواجهة.

7- السند الإجتماعي و السرطان.

- خلاصة.

تمهيد:

يحتل مفهوم السند الإجتماعي مركز الصدارة في مجالات علم الصحة النفسية، حيث يعتبر من المواضيع العلمية التي شغلت إهتمام العديد من الباحثين، و لقد اهتم جل المفكرين و الدارسين بعامل المساندة الإجتماعية و تحديد مدى ارتباطه بمشكلات صحية معينة.

و تشير أحدث التقارير الطبية إلى أن تفشي بعض الأمراض في المجتمعات المعاصرة و التي تعرف نسبة عالية من الإضطرابات النفسية هو دليل على افتقار الأفراد للروابط و المساندة الإجتماعية. (عثمان إخلاف، 2002)

و لكي نتفهم العلاقة بين عامل المساندة الإجتماعية و مختلف الإضطرابات النفسية التي يعاني منها المرضى الراشدين المصابين بالسرطان، نتطرق في هذا الفصل إلى تقديم الدراسات السابقة التي تناولت وصف السند الإجتماعي، عرض أهم الخصائص الوظائفية له، أنواعه، إرتباطه مع إستراتيجيات المقاومة، علاقته بالسرطان.

1- مميزات السند الإجتماعي:

ركز معظم الباحثين في دراستهم لعامل السند الإجتماعي على الجوانب التالية:

الشبكة الإجتماعية : والتي تشمل عدد العلاقات الإجتماعية التي يقيمها الفرد مع الآخرين و المستوى المتردد من الإتصالات الإجتماعية مع هؤلاء الأفراد و شدة تأثره بهذه الروابط، حيث يمكن من خلال ذلك معرفة درجة إندماج و انفراد الفرد، و تجدر الإشارة إلى أن هذه الشبكة تنبثق منها مصادر مختلفة منها : الأسرة، الزوج أو الزوجة، الأصدقاء، الزملاء في العمل، الطبيب، المنظمات الإجتماعية. (إخلاف، 2001)

السند الإجتماعي المدرك : يشير إلى علاقة الفرد بمحيطه من خلال تقديم المساعدة من قبل محيطه، و يعد المعيار الذي يمكن من خلاله تقدير حاجات الفرد و متطلباته و تطلعاته على أنها مشبعة، حيث ينقسم إلى :

- التوفر : La disponibilité و يعد كفعل للحصول على بعض أفراد المحيط و مدى سرعة تأثرهم بالمساعدة المقدمة عند الحاجة (كاقتراح رأي، إستماع، إعلام، تشجيع، مساعدة مادية ...إلخ)، فالشخص الذي أدخل المستشفى يتطلب الحضور المدرك للأشخاص (رأي عدد أعضاء العائلة و الأصدقاء و الطاقم العلاجي).

و الذي حسب المفحوص يكونون مستعدين لتقديم المساعدة إليه في مثل ظروفه الصعبة (كالحضور الفعلي و حسن الإستماع) و هو بالضبط فعل الإقتناع بأن بعض الأشخاص باستطاعتهم مساعدته للتخفيف من حدة الوضع المهدد.

- الشعور بالرضى، الإشباع : la satisfaction و قد عرفه كوباسا Kobassa 1984 و آخرون: كوسيلة نفسية لحصول الفرد على نوع من العلاقات المتبادلة بين الأشخاص، فليس المهم عدد المساعدات الإجتماعية التي تحقق له الحماية، و إنما يتعلق الأمر بفاعلية تحقيق هذه العلاقات نوع من الإرتياح و حسن الإستماع و إنقاذه في المواقف الضاغطة.

- السند الإجتماعي المتحصل عليه : Reçu و يشمل المساعدة الحقيقية التي يتلقاها الفرد من محيطه الإجتماعي و يعتبر كمنظور وظيفي للسند، لأنه ينسجم مع نوع العلاقة المتبادلة المتبناة لمساعدة الآخرين. (Bruchon. M, 1994)

2- أنواع السند الإجتماعي :

2-1- السند المادي : و يتضمن امداد الفرد هبة أو منحة مالية تساعده على مواجهة تحديات الأوقات الصعبة التي يمر بها.

2-2- السند العاطفي : و يشمل ما يستقبله الفرد من حماية و تقدير و حب و عاطفة خاصة، و التفهم لمشكلاته لاسيما في المواقف الصعبة. (إخلف، 2001)

2-3- السند التقديري : و يعمل هذا السند على طمأنة الشخص فيما يتعلق بإمكانياته و أهميته و قيمته و هذه التشجيعات تسمح له بإعادة الثقة في نفسه، قصد مواجهة مختلف الضغوطات التي تتجاوز قدراته و إمكاناته، مثل : الإختبارات المدرسية، تغيير المهنة أو المسؤولية ...إلخ. (Bruchon. M, 1994)

2-4- السند المعلوماتي: و يشمل هذا الأخير مجموع الإقتراحات و الآراء و النصائح التي يستمدها الفرد من طرف محيطه العائلي أو الأقارب أو الأصدقاء أو زملاء العمل أو الأخصائيين في بعض المجالات كالعناية الطبية قصد التزود بمعرفة أفضل عن الوضعية الضاغطة. (Smolla, 1988)

3- الخصائص الوظائفية للسند الإجتماعي :

و التي يمكن تلخيصها في النقاط التالية :

- البحث عن المساعدة الإجتماعية يتم وفق اللجوء إلى الإندماج الإجتماعي حيث يمكن أن يستفيد الفرد من أفراد محيطه من خلال إعادة تفسير الحوادث الضاغطة من زاوية أكثر ملائمة، إما بمساعدته على الخروج من هذا الوضع عن طريق انشغاله بأعمال و نشاطات مقبولة إجتماعيا أو محاولة التفكير في أشياء أخرى غير التي تدور حول وضعيته الصعبة التي يعيشها.
- يساعد السند الإجتماعي في البحث عن التوضيح المعرفي للموقف غير المنتظر حدوثه، عندما لا يتمكن الفرد من ترجمته وفقا لمدركاته و خبراته المعرفية الذاتية السابقة مما يجعله يستعين بشخص آخر يساعده في البحث عن المعلومات الخاصة بطبيعة و درجة التهديد و الإعتداء الذي يشكله المثير الضاغط.
- يسمح السند الإجتماعي من استفادة الفرد من تجارب الآخرين عن طريق تطوير تصوره و معارفه الذاتية للأحداث الإنفعالية التي يعيشونها، بالإضافة إلى استفادته من إختيار أساليب دفاعية أكثر فعالية للتكيف مع مثل هذه المواقف الصعبة.
- يؤكد الباحثان ريمي و آخرون Rimé et all 1992 رغبة الأفراد في انتهاز الفرص التي تتاح لهم للكلام و للجوء إلى الحوار و التعبير عن

مشاعرهم و أحاسيسهم مع أعضاء بيئتهم الإجتماعية خاصة عن وضعياتهم الحادة التي يعيشونها، و هذه المشاركة الإجتماعية تسمح بمراقبة الفرد لانفعالاته و التحكم فيها و إكتساب عادات و سلوكات جديدة عن طريق إندماجه الإجتماعي.

- يوفر السند الإجتماعي التقدير و الإهتمام، لاسيما من طرف الأشخاص المقربين للفرد الذي يعيش الحدث الإنفعالي، عن طريق مشاركتهم الفعلية له في الإستجابة للحدث و إشعاره بوحدة مصيرهم و أهدافهم اتجاه عواقب التهديد الذي يشكله المحيط الخارجي.

- يعد السند الإجتماعي عاملا مخففا لنوعية الأعراض الناتجة عن تهديدات الحياة الضاغطة، حيث لاحظ هاوس House 1981 أن العمال الذين يعانون من الإنهاك المهني، و يفتقرون للسند الإجتماعي هم أكثر قابلية للإصابة بالأعراض العصابية و الإضطرابات النفسية الجسدية كالقرحة المعدية.

- يلعب القرين دورا مهما في شبكة العلاقات الإجتماعية التي تندرج ضمن مفهوم المساندة الإجتماعية، حيث أن حضوره و مسايرته الفعلية لمختلف ضغوطات الحياة، يترجم بانسجام العلاقة و تماسكها من خلال مشاركته الذاتية المستمرة و البحث عن إيجاد الحلول المناسبة و التخطيط لما بعد التجارب الإنفعالية الصعبة، و هذا ما ينعكس إيجابا على الصحة النفسية لكلا الطرفين. (Tousignant. M, 1992)

4- الدراسات السابقة عن السند الإجتماعي :

شغل عامل المساندة الإجتماعية إهتمام العديد من العلماء و الباحثين الذين ركزوا في مختلف أعمالهم و دراساتهم على تحديد أنماطه و تعدده و حجم الشبكة الإجتماعية التي ينتمي إليها الفرد و الدور الهام الذي يلعبه الدعم الإجتماعي في التخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن مختلف الأحداث الضاغطة و في تحقيق التكيف النفسي و الإجتماعي.

و تجدر الإشارة إلى مساهمة النظريات النسقية و مدارس العلاجات الأسرية في ظل الشبكة الإجتماعية، حيث نجد باتسون Batson الذي تميزت أبحاثه في الأنتروبولوجيا الإجتماعية و ملاحظته للدور المهم الذي تلعبه العلاقات التنظيمية فيما بين الأفراد و ما ينعكس على سلوكاتهم.

حيث أصبح استعمال الجماعة و إدماج الفرد فيها كعنصر مساندة يهدف إلى التقليل من الإضطربات النفسية و الإنحرفات الإجتماعية و مساعدة الفرد على تطوير إستراتيجيات أكثر تكيفا مع الضغوطات الإعتيادية للحياة من أجل الحصول على التقدير و الإحترام من الآخرين. (Jutras. S, 1984)

و قد أشار كوب Cobb 1976 في دراسته حول أهمية السند الإجتماعي و علاقته بالضغط، أن الدعم الذي يتلقاه الفرد من محيطه الإجتماعي يجعله يشعر أنه جزء من شبكة إجتماعية قوية و متماسكة، يمكنها أن توفر له الحماية اللازمة عن التعرض للمواقف الضاغطة و هذا ما يحقق له الإحساس بأنه يحظى موضع الحب و الإحترام و التقدير من طرف المحيط الذي ينتمي إليه.

و قد أجرى بركمان Berkman و سايم Syme 1979 دراسة طويلة على عينة قوامها 4575 فردا من سكان ألاميدا كاونتي Alameda county في ولاية كاليفورنيا الأمريكية حيث تراوحت أعمارهم بين 30 و 69 عاما عندما تم تقييمهم من حيث وجود أو تمتعهم بأربع أنواع من الروابط الإجتماعية :

- الزواج.
- الإتصالات بأفراد العائلة الممتدة و الأصدقاء.
- عضوية الكنيسة.
- الإنتماء لجمعيات رسمية و غير رسمية.

حيث توصل الباحثان إلى أن الأفراد الذين يفتقرون للروابط الإجتماعية الحميمية مع الأهل و الأصدقاء المقربين لهم كانت نسبة الوفاة لديهم أعلى بكثير من الذين يتمتعون بعلاقات إجتماعية وثيقة.

و عندما تم تحويل الروابط الأربع إلى مؤشر للشبكة الإجتماعية تبين أن الذين لا يتمتعون بشبكة من العلاقات الحميمية أو بالأحرى يعانون من عجز في المساندة الإجتماعية يتعرضون لخطر الموت بنسبة 2% أي أن عزلتهم الإجتماعية تضاعف إحتمال الموت لديهم. (Berkman L.E, Syme, Sl ,1979)

و يرى كوهن Cohen و هوبرمان Hoberman 1983 أن تقديم السند الإجتماعي يتعلق بطبيعة المراحل التي يجتازها الفرد خلال مسار حياته، فمثلا الإنتقال من المراهقة و بداية الدخول في مرحلة النضج، فالفرد هنا بحاجة إلى دعم يساعده على تطوير قدراته و إثبات ذاته و استقرار هويته، و بالتالي فإن السند الأكثر إرتباطا

بالصحة العقلية في هذه المرحلة يأخذ طابع التوجيه و الإرشاد و النصح و تقديم المعلومات المتعلقة بكل متطلبات و خصوصيات هذه المرحلة مما يحقق للفرد زيادة الشعور بالإنتماء لمحيطه و الرفع من تقدير ذاته.

و قد أوضح كل من ساراسون و آخرون Sarrasson et all 1983 من خلال وضعهم للإستبيان الخاص بتقديم السند الإجتماعي المدرك الذي ينقسم إلى منظورين، حيث يتمثل المنظور الأول في إمكانية تواجد أو توفر الجانب الكمي للشبكة الإجتماعية التي يدركها الفرد على أنها دعم أو سند إجتماعي في حالة الحاجة إلى المساعدة و بالتالي يشمل الرضى على السند المتحصل عليه، أي تقييم الفرد لهذا السند.

و قد تميزت هذه الدراسة تطبيق إستبيان Le Social Support Questionnaire (S.S.Q) على 602 طالبا جامعيا و يحتوي على 27 فقرة تم تحقيقها وفق مرحلتين : فالأولى نميز الإجابات المتعلقة بإعطاء أسماء أو الحروف الدالة على الأشخاص الذين يوفرون السند و ذلك في كل فقرة من فقرات الإستبيان، مثلا : من هم الأشخاص الذين يمكنك الاعتماد عليهم عندما تكون بحاجة إلى التحدث. و هكذا يتم إعطاء قائمة أعضاء الشبكة التي ينتمي إليها الفرد. أما في المرحلة الثانية، فالإجابات تشمل تحديد درجة إشباع الفرد للسند المتحصل عليه.

و تجدر الإشارة كذلك إلى أن استفادة الفرد من الدعم الذي يتلقاه عند الحاجة هو غالبا ما يكون وفقا لنوع المواقف أو الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها، فقد بين كل من ورتمان Wartman و دانكل Dunkel و شيتر Schetter 1987 أنه غالبا ما يكون السند الإجتماعي من نوع مادي عند تعرض الفرد لمشكلة أو ضائقة مالية تشكل تحديا كبيرا بالنسبة إليه، غير أنها تكون قابلة للحل من خلال التدخل المادي الفعلي

بإعطاء نقود أو أشياء مادية أخرى، و بالتالي يكتسي هذا السند طابع حل المشكلة بتغيير الموقف الضاغط بدعم الفرد ماديا.

و قد يأخذ السند الإجتماعي شكلا إنفعاليا عند تعرض الفرد لموقف ضاغط يفوق سيطرته على الإحتمال كفقدان شخص قريب أو إصابة أحد أقاربه بمرض خطير كالسرطان، و في هذه الحالة يصبح السند يلعب دورا تكيفيا مع الحدث المؤلم.

5- السند الإجتماعي والصحة النفسية والجسدية :

إن السلوك الإجتماعي يؤثر في الصحة من خلال السند الإجتماعي، لذلك تفطن العلماء أو الأطباء منذ عقود مضت إلى العلاقة التي تربط الصحة بالسلوك الإجتماعي، حيث أصبح من المعروف أن الأشخاص الذين يعانون من سوء التكيف الإجتماعي مع الآخرين هم أكثر عرضة من غيرهم لمشكلات صحية نفسية و جسمية بينما يتمتع ذوو العلاقات الإجتماعية و الأسرية المتوازنة بصحة جيدة حتى في وجه أحداث الحياة الضاغطة و المواقف الصعبة التي قد يتعرضوا لها.

و قد عرف مفهوم المساندة الإجتماعية تطورا مهما، حيث اقتحم مجال الصحة الفيزيولوجية و الجسمية ، و أصبح بذلك يكتسي أهمية خاصة في الدراسات الوبائية و الإكلينيكية التي تحاول تشخيص مسببات أمراض العصر المزمنة. (عثمان إخلاف، 2002)

و يرجع الفضل في ذلك إلى كل من كاسل Cassel و كوب Cobb 1970 حيث أشارا إلى دور الروابط الإجتماعية و السند العاطفي في الحفاظ على الصحة و الوقاية من المرض.

و لتوضيح الميكانيزمات التي يمكن أن تربط بين المساندة الإجتماعية و الضغط و الصحة، يقترح العلماء والعاملون في هذا المجال نموذجين نظريين:

فالأول يعتمد على فكرة التأثير المباشر الذي يمارسه السند الإجتماعي على السلوك، حيث أن الأشخاص الذين يحضون بدعم إجتماعي مهم يشعرون أن لهم قيمة و مدعمين، مما يقيهم من مختلف الأمراض المرتبطة بسوء حفظ الصحة اليومية أو الحياتية. (Bruchon.M, 1994)

أما المنظور الثاني، فيعتمد على فكرة التأثير غير المباشر الذي تمارسه العلاقات الإجتماعية و الروابط الوثيقة في التصدي للضغوط و هذا من شأنه يسمح بتعزيز إستجابات عصبية غددية مناسبة Neuro-hendochrine responses التي تحافظ بدورها على نشاط الجسم الفيزيولوجي السليم في وجه الضغوط المدمرة التي تهدد صحة الفرد، أي أن السند الإجتماعي عبارة عن آلية تخفيف الضغوط، و هو ما يفسر القيمة الوقائية و العلاجية للعلاقات الإجتماعية الحميمة و القوية. (إخاف،2002)

كما يستعين الأثر غير المباشر للسند الإجتماعي على الصحة بطريقيتين :

1- تعديل المعارف الأولية للضغط، حيث أن السند المقدم يكون مخففا للضغط المدرك، و يزيد من إستعمال مصادر مواجهة للضغوطات و بالتالي الحصول على المراقبة المدركة.

2- العمل على تنشيط بعض استراتيجيات المواجهة، و هذا يرتكز على فكرة أن الدعم الإجتماعي يمكنه أن يعدل من آثار الضغط بتأويل إستجابات الفرد اتجاه المواقف الضاغطة، فالسند المقدم هنا يكون كعامل مهدئ لإستراتيجيات المواجهة المستعملة من قبل الأشخاص في الوضعيات الصعبة و المهددة. (Bruchon, 1994)

و في هذا الصدد تشير دراسة كول Coll و نيكولس Neckolls 1972 التي بينت التأثير غير المباشر للسند الإجتماعي على عينة قوامها 170 إمرأة حامل تتراوح أعمارهن من 18 إلى 29 سنة ، حيث أن النساء اللواتي تحصلن على درجة ضغط مرتفعة قبل و بعد الحمل و درجة منخفضة على سلم الدعم الإجتماعي تظهرن نسبة أكبر من المضاعفات بعد الحمل مقارنة بمثيلاتهن من اللواتي تحصلن على درجة ضغط مرتفعة و درجة مرتفعة على سلم السند الإجتماعي.

أما دراسة دو أروجو و آخرون De Araujo et all 1973 حول تقييم دور السند الإجتماعي و أثره على المستقبل الطبي لعينة تضمنت 50 مصابا بالربو، حيث أظهرت نتائج الدراسة بعد سنة واحدة من تقييم المساندة الإجتماعية و أحداث الحياة الضاغطة، أن الأشخاص الذين تعرضوا إلى عدد قليل من المواقف الضاغطة يبدون انخفاضا في نسبة الستيروييدات مهما كانت درجتهم على سلم المساندة الإجتماعية، أما المصابين بالربو الذين تعرضوا إلى عدد كبير من الحوادث الضاغطة فيبدون ارتفاعا في نسبة الستيروييدات، إذا كانت درجتهم منخفضة على سلم المساندة الإجتماعية. (Paulhan et Bourgeois, 1998)

و تشير دراسة كل من جيمس و آخرون 1980 على عينة من 2000 رجل في مختلف الوظائف، حيث قاموا بقياس مدى توفر السند الإجتماعي و مستوى ضغوط

العمل لديهم، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين تمتع أفراد العينة بالعلاقات الإجتماعية و معاناتهم من ضغوطات المهنة، و هكذا توصل الباحث إلى توضيح القيمة الوقائية للروابط الإجتماعية الوثيقة و كذا قوة تأثيرها في تخفيف الضغوط.

كما أوضحت دراسة مالهر H.Malher 1989 على عينة تشمل 55 مريضا بذبحة قلبية، أن الحالة المدنية (المصاب متزوج) للمريض، و تلقيه مستوى عال من السند الإجتماعي العاطفي خاصة في مرحلة الجراحة يسمح بالإمتثال للإجراءات العلاجية و ممارسة سلوكيات سليمة تسمح بتعزيز الكفالة الذاتية التي بدورها تقلل من خطر الموت بالسكتة القلبية مقارنة بالمرضى غير المتزوجين. (Fontaine. O, 1996)

وفي دراسة حديثة أجراها شلدون كوهين Cohen و آخرون 1997 عن قوة تأثير الدعم الإجتماعي في تعزيز الإستجابة المناعية على عينة تضمنت 276 فردا صحيا حيث تراوحت أعمارهم بين 17 و55 سنة تعرضوا لفيروس البرد Rhimovirus وفقا لإجراءات تجريبية و إكلينيكية دقيقة ، وجد الباحثون أن 40% من الذين ليس لهم علاقات حميمة و روابط إجتماعية وثيقة، أما الآخرين الذين يتوفر لديهم تردد الإتصال الإجتماعي والشبكة الوثيقة (عدد الأشخاص ذوي الثقة، أفراد الأسرة و الأصدقاء المقربين) كانوا أقل عرضة للإصابة بالعدوى أكثر بكثير من غيرهم الذين يفتقرون للروابط الإجتماعية و المساندة الجيدة.

6- السند الإجتماعي و إستراتيجيات المواجهة :

معظم الدراسات بينت أهمية السند الإجتماعي في حياة الفرد، إذ أن افتقاره للروابط الإجتماعية يشكل عامل حساسية اتجاه الضغط بينما مستوى عال من المساندة الإجتماعية يعمل على الرفع من مستوى التحكم المدرك الذي من شأنه يمكن أن يساهم في إضعاف تأثير الضغط و جعل الشخص أكثر قابلية للمواجهة. (Paulhan et. Bourgeois, 1998)

و من خلال ما سبق، يتبين لنا علاقة السند الإجتماعي بإستراتيجيات المواجهة، حيث يرى كل من لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman 1984 أن المهارات الإجتماعية التي يستخدمها الفرد و المتمثلة في الإنتماء إلى شبكة إجتماعية واسعة و القدرة على الإتصال و التعاون مع أفراد هذه الشبكة و الإستفادة من دعمها الذي يحصل عليه الفرد، يعتبر مصدرا هاما للمواجهة، نظرا للدور الهام الذي يلعبه النشاط الإجتماعي و التوافق النفسي الإجتماعي للفرد مع مجتمعه في مواجهة الموقف الضاغط، و ذلك من خلال تزويده بالقدرة على التحكم الذاتي في انفعالاته و متطلباته الداخلية و الخارجية و كسب الثقة من قبل تفاعلاته الإجتماعية.

و يمكن توضيح ذلك من خلال دراسة شوشتر Schuchter 1959 على عينة خضعت إلى التعرض لصدمات كهربائية بشدات مرتفعة و منخفضة من التوتر الكهربائي، مما سمح بخلق شروط قلق مرتفع و منخفض. (Bonardi. C, 2002)

و قد تميزت مرحلة الإنتظار المسبق قبل معايشة الوضعية الضاغطة باختيار الأفراد استراتجيات مواجهة من نوع البحث عن المساندة الإجتماعية، من خلال

الإندماج و الرغبة في مرافقة الآخرين الذين هم بصدد الخضوع لنفس التجربة الضاغطة، كما توصل الباحث إلى حاجة الأفراد للسند الإجتماعي الذي يعد كعامل وسيط يتدخل في الأبعاد المختلفة لإستراتجيات المواجهة (إنفعال، تبادل الأفكار، البحث عن معلومات بغرض معرفة أفضل للوضعية).

و قد وضحت تراوتس Troits 1984 العلاقة القائمة بين إستراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال و السند الإجتماعي العاطفي من حيث أنهما يشتركان في تعديل و إدارة الإنفعالات السلبية للفرد عند مواجهته للأحداث الضاغطة، كما أن إستراتيجيات المواجهة التي ترتكز عن البحث عن المعلومات و السند الإجتماعي المعلوماتي يعملان على تغيير معنى الموقف الضاغط و إعادة التقييم المعرفي للموقف من خلال المصادر النفسية و الإجتماعية التي يملكها الفرد التي تساعده على اختيار الحلول الأكثر فعالية لمواجهة العامل الضاغط.

أما إستراتيجيات المواجهة التي ترتكز على حل المشكل و السند الإجتماعي فهما يساهمان بشكل كبير في حل المشكل، و هذا من خلال تغيير الموقف و محاولة إدارة الحدث الضاغط.

و قد بينت دراسات أخرى مدى وجود تفاعل بين مركز تحكم الفرد و السند الإجتماعي و فعاليته في تعديل مختلف ضغوطات الحياة، حيث توصل الباحثان ليفكومت Lefcomt و آخرون 1984 إلى أن السند الإجتماعي يعد فعالا جدا عند الأشخاص ذوي التحكم الداخلي مقارنة بالأشخاص ذوي التحكم الخارجي .

كما أن الأفراد الذين لديهم مركز تحكم داخلي يستعملون المساندة الإجتماعية كوسيلة أساسية في إدارة ضغوطهم مثلا استعمال السند الإجتماعي الذي يتلقونه كأداة للحصول على معلومات تساعدهم على تجاوز الضغوط التي تعترضهم، بينما الأفراد الذين لديهم مركز تحكم خارجي يستعملون هذا السند بصفة أدائية قليلة. (Paulhan et Bourgeois, 1998)

و قد ركز الباحثون في دراساتهم التي أقيمت حول المقاومة و أساليب التكيف عند المرضى المصابين بمختلف أنواع الأمراض السيكوسوماتية باعتبارها أمراضا سوماتية مزمنة على علاقة استراتيجيات المواجهة و مختلف أنماط السند الإجتماعي عند المصابين بأمراض مزمنة، حيث شملت دراسة شيميديت Shimidit 1988 على عينة من المرضى المقبلين على إجراء عملية جراحية، أن الذين يستعملون استراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكل بإدماج السند الإجتماعي الإعلامي، مثل : طلب توضيحات جيدة حول الوضعية المرضية، البحث عن معلومات حول أحداث و مضاعفات العملية الجراحية، يظهرون أقل قلقا من الأفراد الذين لا يستعملون هذا النوع من أساليب المواجهة.

أما فيما يتعلق بعلاقة إستراتيجيات المواجهة و السند الإجتماعي في ظل العلاقات الأسرية الوثيقة و العلاقات الحميمة، فقد أجريت دراسة على عينة تشمل 661 إمرأة مصابة بسرطان الرحم، حيث تبين أن أفراد شبكة المساعدة هم كذلك يعانون من اضطرابات انفعالية اتجاه الوضعية الضاغطة التي يمر بها المريض و هذا من شأنه ينعكس سلبا على الحالة النفسية للمريض.

كما أن سلوك الزوج و شعور أفراد العائلة بالراحة مرتبط بطرق و أساليب مقاومة المريض و تأقلمه مع مرضه، و كذلك بأساليب تكيفهم و تأقلمهم مع الوضعية الصحية و السلوكات الناتجة عنها، إضافة إلى أن سلوك الزوج و علاقته السيئة مع زوجته يؤدي إلى إحباط نفسي مرتبط و متعلق بطرق و استراتيجيات المواجهة التي تستعملها الزوجة. (Shrews. C ,1997)

7- السند الإجتماعي و السرطان :

أوضح دامبر Dumber من خلال دراسته حول الميكانيزمات الشخصية و المتغيرات النفسية التي ساهمت في تطور عامل الكارسينوم السرطاني، أن المريض بالسرطان تتميز شخصيته بالحساسية و التساهل و الرغبة في الحصول على التقدير و الرعاية و الإهتمام من قبل محيطه الإجتماعي نظرا لكونه تعرض لفقدان متكرر على مستوى علاقاته الإجتماعية في مختلف مراحل حياته.

و هكذا يتبين لنا أن المريض بالسرطان بحاجة إلى كل اتصال إنساني أو دعم إجتماعي بمختلف أنواعه، فقد يستفيد من محيطه العائلي ماديا و عاطفيا و من أفراد الطاقم الطبي المعالج له بتزويده بالمعلومات الطبية حول وضعه الصحي و تحضيره لمسايرة الفحوص و الإجراءات العلاجية و تقديم النصائح له التي تساعده في تطوير فهم التعامل مع وضعه الجديد.

فالدراسة السابقة، تظهر لنا دور الحماية التي يلعبها الدعم العاطفي في مساعدة المريض بالسرطان على التكيف مع مرضه، حيث أن غياب السند الإجتماعي يمكن أن يؤدي إلى زيادة أو تطور السياق المرضي. (Graziani et Delvaux, 2002)

و قد أشار كل من أنسيون Antion و قودكين Goodkin 1988 إلى أن نتائج الخزعة Biopsie و الفحوص التشخيصية التي أجراها على عينة المرضى بالسرطان، أن تطور الورم الخبيث له علاقة إرتباطية مع المرضى الذين يفتقدون للدعم الإجتماعي. (Bruchon. M, 1994)

و من الجدير بالذكر أن هناك دراسات أوضحت أن الإستفادة من السند الإجتماعي لا تتم بصفة عشوائية، بمعنى أن تلقي الدعم الإجتماعي مطلبا تحكمه طبيعة و بنية الشبكة الإجتماعية التي تحيط بالفرد، أي طبيعة العلاقات التي تربطه بالآخرين في أسرته و في المجتمع الذي يعيش فيه، و هذه الروابط تختلف في كثير من الخصائص منها:

- **الحجم :** Size عدد الأفراد الذين يتفاعل معهم المريض و يقيم معهم علاقات إجتماعية متوازنة .

- **التكرار** : Frequency كيفية تفاعل المريض مع الذين يحيطون به و يتم ذلك إما بصفة دائمة أو منقطعة أو غير مستمرة.

- **التركيب** : Composition نوع الأشخاص الذين يقيم المريض معهم علاقات إما أقارب أو أصدقاء أو زملاء في العمل.

- **الإستقرار** : Durability إلى أي مدى تتسم علاقة المريض مع الآخرين من الذين يحيطون به بالإستقرار و الإستمرار في الزمن، بحيث تكون علاقاته معهم متينة و قوية.

- **الألفة** : Intimacy إلى أي مدى تتسم علاقة المريض مع الآخرين ضمن الشبكة الإجتماعية التي تحيط بالألفة و الثقة المتبادلة. (إخلاف، 2002)

و يمكن توضيح ذلك من خلال دراسة قام بها دانكل Dunkel و شيتر Shetter 1984 على عينة من المصابين بالسرطان حيث طلب من المرضى وصف و تقييم حسب رضاهم فعالية مختلف الإسنادات المقدمة مع الآخرين منذ ظهور الورم السرطاني عندهم، مصنفة حسب أنماط الإسنادات: (سند عاطفي، سند تقديري، سند مادي، سند معلوماتي).

و قد بينت النتائج أن السند العاطفي يظهر أنه أكثر فعالية من الأنواع الأخرى و ذلك بنسبة 81%، أما السند المعلوماتي (النصائح و الإقتراحات، معلومات عن المرض) نظرا إلى أنه فعال بـ 41%، فلاحظ دانكل Dunkel و شيتر Shetter أن السند العاطفي (الإنفعالي) هو أكثر فعالية مهما كان مصدره (العائلة، الأصدقاء، الطاقم المعالج بالمستشفى).

بينما يدرك السند الإجتماعي على أنه أكثر فعالية إلا إذا كان مصدره من الفريق الطبي و الطبيب المعالج، و عليه فالسند الإجتماعي لا يكون مرتبطا فقط مع طبيعة (المحيط، المادية، الإعلامية) و لكن أيضا مع أصله الإجتماعي (المحيط، أحد أعضاء العائلة، الأصدقاء، زملاء العمل، أشخاص أو فريق مختص في المساعدة الإجتماعية و النفسية، مرشدة إجتماعية أو أخصائيين نفسيين). (Russel. N, 1986)

و حسب بالان Balint فإن أي تصرف أو معاملة مناسبة مع المريض يمكن تلخيصها في ثلاث مستويات :

- **المستوى الأول** : من خلال اللقاء و الإتصال المتكرر بالمريض السرطاني، يجب أن نكون في هيئة استماع لما يريد و يمكن أن يعرف المريض عن وضعيته الضاغطة و إعطاء الحقيقة عن حالته و إخباره بحذر و إشعاره بالأمن

و إخباره ببعض التقنيات العلاجية المستعملة في البرنامج العلاجي الذي يمتثل له.

- **المستوى الثاني** : إن الفقدان المتكرر و الخوف المتعلق بالشعور بالتخلي عنه من شأنه يميز السياق المرضي للمصاب، و بالتالي يجب العمل على مرافقته و تحقيق الدعم العاطفي الذي يثق فيه و العمل على التخفيف من معاناته النفسية و الجسدية.

- **المستوى الثالث** : القيام بندوات و محاضرات التي تضم كل أعضاء الفريق العلاجي و التي تتم وفق نظام و قوانين مخصصة تبعا لكل مشكل هام يمكن أن يعترض الوحدة العلاجية أو المرضية، و هذا ما يسمح بالمشاركة الوجدانية للشحنة الإنفعالية التي يبديها المريض بالسرطان . (M.Balint, 1960)

خلاصـــة :

تطرقنا في هذا الفصل إلى توضيح المفاهيم و المعارف الخاصة بعمق العلاقات النظرية المتعلقة في إبراز السياق المنظوري و التفاعلي للسند الإجتماعي، باعتباره كمصدر هام من مصادر المواجهة، نظرا للدور الفعال الذي يلعبه في تعميق التوافق النفسي الاجتماعي للفرد، و هذا ما أشرنا إليه عن طريق معظم الدراسات النظرية و الأبحاث العلمية من الآثار السلبية للضغوط التي تعترضه، كالأمراض الخطيرة التي تهدد إمكانياته، كما حاولنا من خلال هذا الفصل توضيح فاعلية السند الإجتماعي في حياة المريض بالسرطان و أهميته في الحفاظ على صحته الجسمية و النفسية و مساعدته في التكيف مع وضعه الجديد من خلال ضرورة تحمل أعباء مسؤولية علاجه من قبل أفراد الشبكة التي ينتمي إليها و التي تشمل محيطه، أقاربه، طبيبه و مختلف أعضاء الفريق المعالج له.

الفصل الخامس

الوسط الإستشفائي

- تمهيد.

1- مهام الهيئة الطبية:

2- أعضاء الهيئة الطبية.

3- خطوات تقديم الخدمة بالمستشفى.

4- مهام الهيئة شبه الطبية.

5- أعضاء الهيئة شبه الطبية.

6- المبادئ العامة المتبعة لحماية حقوق المريض الخاصة بالنظام الداخلي للمستشفى.

7- العلاقة بين الطبيب والمريض.

8- دور الطبيب.

9- مسؤولية تواجد الأخصائي النفساني في الوسط الإستشفائي.

10- كفالة الأخصائي النفساني للمرضى المصابين بالسرطان.

- خلاصة.

تمهيد:

يعتبر المستشفى وسطا علاجيا نظامه العام هو الهيئة الطبية، هدفها الأساسي خدمة المريض و استشعار البعد الإنساني في مساعدته و مراعاة حقوقه، بالإضافة إلى كونه وسط أو مكان للتدريب و البحث الذي يتضمن الخصائص و المعايير المتعلقة بإجراء الفحوص التشخيصية و التحاليل و تحقيق الإستراتيجيات التقنية و العلاجية قصد إزالة آلام المريض أو التخفيف من الإنعكاسات الصحية الناجمة عن المرض الذي يعاني منه.(Jeammet et Reynaud, 1980)

و عليه فالممارسة المهنية الطبية تقتضي اختيار أعضاء هذه الهيئة بالنوعيات المطلوبة و الأعداد المناسبة قصد ضمان تحقيق هذه الخدمة بالجودة المناسبة و تأدية هذه النشاطات بكفاءة وفعالية ولما كانت الهيئة الطبية على هذا القدر من الأهمية، وجب أن يكون هناك تنظيم يحدد واجبات و مسؤوليات و صلاحيات أعضائها للقيام بالمهام المنوطة بهم على ضوء مؤهلاتهم و خبراتهم.

1- مهام الهيئة الطبية:

تؤدي الهيئة الطبية العديد من المهام التي تسهم بشكل مباشر في تحقيق أهداف المستشفى، و يعتبر القانون الأساسي الخاص بكل فئة مهنية هو المحدد الأول للمهام بالمستشفى و لمكانة الأفراد في التنظيم و قد نصت المادة 19 الخاصة بتحديد مهام الطبيب ضمن القانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين و المختصين في الصحة العمومية رقم : 91– 106، على أن مهام الأطباء تتخذ بالأعمال الآتية:

- التشخيص و العلاج.
- حماية الأمومة و الطفولة.
- الحماية الصحية في الوسط المدرسي.
- الحماية الصحية في الوسط العمالي.
- الوقاية العامة و علم الأوبئة.
- التربية الصحية.
- إعادة التأهيل و إعادة التربية.
- الخبرة الطبية.
- التسيير الصحي.
- الفحوصات الوظيفية.
- التحليلات الطبية.
- المشاركة في تكوين موظفي الصحة.

2- أعضاء الهيئة الطبية:

تتكون فئات أعضاء الهيئات الطبية طبقا لنظام التدرج الوظيفي على النحو التالي:

2-1- الأستاذ المشرف على المصلحة:

و هو طبيب مختص له مستوى التكلف بالدروس و لديه خبرة تتجاوز ثلاث سنوات من الممارسة في هذا المستوى و هو بصفة عامة حاصل على الدكتوراه في الطب و شهادة التعليم الطبي المتخصص، بالإضافة إلى مستوى التكلف بالدروس، و غالبا ما يتولى رئاسة المصالح الطبية، و هو يمثل قمة الهرم ضمن الفرقة المعالجة، و يعمل على التنسيق بين مختلف الفرق، إلى جانب اهتمامه بالبحث العلمي و توزيع المهام و وضع البرامج المختلفة، كما يشرف على القضايا المتعلقة بالوسط الخارجي للمصلحة (التمويل بمختلف المواد، تنفيذ التوجيهات الإدارية و حضور الملتقيات العلمية، ... الخ).

2-2- الطبيب المكلف بالدروس:

و هو طبيب مختص مساعد حاصل على الدكتوراه في الطب، بالإضافة إلى شهادة التعليم الطبي المتخصص، و له خبرة تتجاوز الأربع سنوات في هذا المستوى تؤهله لذلك، وهو يهتم بالعلاج و التعليم و البحث العلمي، و غالبا ما يكون المكلف بالدروس رئيس قاعة أو مستوصف.

2-3- الطبيب المساعد:

و هو طبيب مختص حاصل على شهادة الدكتوراه في الطب و شهادة الدراسات الطبية المتخصصة، و لديه خبرة تفوق سنة من العمل، و يقوم بمهام العلاج و البحث العلمي، و هو غالبا ما يتولى رئاسة قاعة علاجية في حالة عدم وجود المكلفين بالدروس.

2-4- الطبيب المقيم:

يمكن اعتباره طالب في مستوى ما بعد التدرج، حاصل على الدكتوراه في الطب ويحضر لشهادة التخصص، كما يمكن اعتباره عنصر من الفئة المهنية، إذ يتقاضى أجرا شهريا عن العمل الذي يقوم به، يساوي ما يتقاضاه الطبيب العام، و هو يقوم بمهام العلاج و التعليم للطلبة الداخليين و الخارجيين والمساعدة في تحضير امتحاناتهم، إلى جانب التحضير للتخصص، و يشرف الأستاذ بشكل مباشر على تقييمهم.

2-5- الطبيب العام:

و هو الطبيب الحاصل على شهادة دكتوراه في الطب، أو شهادة معترف بمعادلتها، ويقوم بالمهام التي نصت عليها المادة 19 الخاصة بالقانون الأساسي للممارسين الطبيين والمختصين في الصحة العمومية رقم 91 –106. (عن مسعودي، 2003)

3- خطوات تقديم الخدمة بالمستشفى:

تبدأ خطوات تقديم الخدمة بالمستشفى بقدوم المريض، فيحول عن طريق مكتب الإستقبال إلى مكتب الفرز الأولي، الذي يقوم فيه إطار شبه طبي مؤهل بمقابلة المرضى، لتحديد طبيعة الحالات التي يعانون منها، واستقصاء تاريخ حدوثها، وأخذ العلامات الحيوية (كالحرارة و الضغط الدموي) ثم يتم عرضها للعيادة الطبية المتخصصة للفحص والعلاج، و في هذه الحالة إما يتم التعامل مع المريض بفحصه و وصف العلاج له ثم المغادرة أو التوصية بالإحالة إلى مستشفى آخر، و في كلتا الحالتين تتم المغادرة.

وإذا كانت الحالة تتطلب فحوصا مخبرية أو إشعاعية قبل إعادة العرض بعد ظهور النتائج، تم فحصها و إعادة تقييم الحالة على ضوء الفحوص و وصف العلاج، و إن كانت الحالة تستدعي استشارة طبيبا آخر عرضت عليه لتقييمها و وصف العلاج، و على ضوء إعادة الفحص من قبل الطبيب المعالج أو الطبيب الذي أخذت مشورته يتم تحديد ما إذا كانت الحالة تستدعي الإدخال إلى الأقسام الداخلية بالمستشفى للتنويم أم لا

فإن كانت تستدعي الإدخال، تم ترتيب الإجراءات اللازمة، و إن كانت لا تستدعي تتم المغادرة أو التوصية بالإحالة إلى جهة أخرى ثم المغادرة. (عن مسعودي، 2003)

4- مهام الهيئة شبه الطبية:

تنحصر مهام الهيئة شبه الطبية ضمن السياسة العامة للصحة و يقوم الممرض بعمله تحت إشراف المراقب الطبي و الطبيب، و يشارك في كل نشاطات التمريض مثل: الوقاية، التكوين و البحث العلمي، التعامل مع المريض و أقرانه و المجتمع، بالإضافة إلى التكفل بإجراءات الإنعاش و التخدير، العلاجات المكثفة، العلاجات في قاعات الجراحة، العلاجات الإستعجالية، العلاج في رعاية الأطفال و التمريض العام.

و عليه فيشمل دور الممرض في ترقية الصحة و الكفالة الجيدة للمرضى و يمكن حصر تدخلاته أو مهامه فيما يلي:

- تقديم العلاج و الكفالة اللازمة التي تتطلبها الحالة الصحية للمريض مع احترام كل حاجاته البدينة و العاطفية والروحية.
- ملاحظة الأوضاع والظروف المادية التي تؤثر على المريض خاصة على المستوى الصحي له وتبليغ الملاحظات لكل أعضاء الفرقة الصحية المشرفة على رعاية وكفالة المريض.
- تكوين وتوجيه الموظفين الساهرين على صحة المريض حتى يقوموا بعملهم على أحسن وجه ممكن و يستجيبوا لمتطلبات المريض في كل وقت.

5- أعضاء الهيئة شبه الطبية:

تتكون فئات أعضاء الهيئة شبه الطبية تبعا لنظام التدرج الوظيفي على النحو التالي:

5-1- ممرض رئيس فرقة:

يشغل تحت إشراف و مسؤولية المسؤول المباشر، و مكلف بتنظيم و تنسيق ومراقبة الفرقة المعتادة و السهر على الإستعمال العقلاني للوسائل الموضوعة تحت تصرفه.

5-2- ممرض مراقب للمصالح الصحية:

و يعمل تحت مسؤولية الطبيب رئيس المصلحة و المراقب الرئيسي و هو مسؤول عن تنظيم و تقييم عمل موظفي المصلحة، التي يشرف عليها كما يسهر على ما يلي:

- تنفيذ الوصفة الطبية.
- تنظيم الفحص الطبي للمرضى و تحضيرهم.
- تزويد الوحدة بالعتاد المطلوب و كل اللوازم الضرورية لها.
- مراقبة نظام التحديث.
- مراقبة النظافة و راحة المرضى، و السهر على نظافة المرافق.

5-3- ممرض مراقب رئيسي للمصالح:

يشتغل تحت رعاية الطبيب رئيس المصلحة، مكلف بتنظيم و توجيه و تنسيق و مراقبة عمل الفرق شبه طبية، و يسهر على الإستعمال العقلاني للعتاد و صيانته و الحفاظ عليه، و ينظم تأطير التلاميذ شبه الطبيين و يسهر على نوعية العلاجات.

5-4- ممرض منسق للنشاطات شبه طبية:

ينظم و ينسق أعمال المستخدمين الطبيين و يسهر على نوعية أعمالهم الخاصة باستقبال المريض، و على ضمان النظافة، كما يعمل على:

- المساهمة في دراسة المشاكل في عملية التعليم و البحث في مجال العلاجات.
- احترام أخلاقيات المهنة.
- السهر على تحسين شروط عمل المستخدمين، و مساعدتهم على إقامة علاقات عمل جيدة بين كل الأطراف المعنية من الإدارة، الأطباء، المستخدمين شبه طبيين.
- القيام بتحقيقات و تفتيش للنشاطات شبه الطبية و المشاركة في كل ما يخص هذا الميدان. (عن عيطور،1997، ص 64 – 71)

6- المبادئ العامة المتبعة لحماية حقوق المريض الخاصة بالنظام الداخلي للمستشفى:

يركز النظام الداخلي للمستشفى بالدرجة الأولى على الإهتمام بالمريض و السهر على راحته و تلبية احتياجاته ومتطلباته الضرورية المستمرة، و هذا يشكل مطلبا أساسيا في تكاثف و تلاحم جهود كل الأعضاء والمسؤولين والعاملين بالمستشفى بهدف تأدية واجبهم الإنساني و المهني المرتبط بتقديم كل الخدمات الصحية الممكنة للمريض.

و يمكن تلخيص أهم المبادئ التي يقوم عليها المستشفى فيما يلي:

1- إنشاء برنامج التكفل العلاجي بصفة رسمية مع ضرورة توفير كل التجهيزات الطبية و التقنية و الإجراءات الخاصة بالفحوصات التشخيصية و العلاجية للمريض.
2- ضمان نوعية العلاج و الإجراءات اللازمة لاستقبال المريض و الحرص على تخفيف آلامه و معاناته الناتجة عن مرضه.
3- تأكيد الحضور الدائم للطبيب المعالج مع اتصالات قصيرة و متكررة ومنحه الوقت الكافي للتواصل مع المحيط العائلي للمريض.
4- احترام الحياة الشخصية للمريض و الإحتفاظ بالسرية التامة حول ما يتعلق بمعلوماته الصحية و الإجتماعية التي تخصه.
5- الإلتزام بضمان حق المريض في استقبال الزيارات و الرسائل و الإتصالات الهاتفية مع السماح له بحرية ممارسة كل نشاطاته الإعتيادية الخاصة به.
6- يسمح للمريض بحق الإستشارة و التعرف على قوانيـن النظـام الداخلي للمستشفى.
7- ضمان المشاركة الفعلية للمريض في معاينة البرنامج العلاجي الخاص به وتزويده بكل المعلومات الخاصة بوصفه الصحي من قبل الأطباء المسؤولين و الممرضين حسب كفاءتهم و مجالهم الذي يعملون فيه.

8- الإعتماد على البساطة في تقديم المعلومات و التزام الطبيب المسؤول عن علاج المريض بالإجابة عن كل الاستفسارات و الأسئلة المطروحة من قبل المريض والتي تتعلق بوضعه الصحي.

9- ضرورة الحصول على الموافقة الصريحة للمريض و أقاربه عند القيام بأي إجراء علاجي، شرط أن تكون له معرفة دقيقـة و واضحة حول هذا الإجراء ومضاعفـات المرض و العواقب المحتملة الناتجة عن استعمال التقنيات والوسائل العلاجية.

10-السماح للمريض في حالة رغبته للانتقال إلى مستشفى آخر مع إعلامه بكل العواقب التي يمكن من شأنها أن تشكل ضررا على المستوى الصحي الشخصي للمريض و عائلته. (Tyrode et Bourcet, 2001)

7- العلاقة بين الطبيب و المريض:

يعتبر ستويزل Stoezel 1960 العلاقة (طبيب – مريض) أنها أولا و قبل كل شيء علاقة بدورين معروفين من قبل، و هي تنشأ بين شخصين:

- الأول يمتلك المعارف و التقنيات التي بفضلها يمكن التخفيف من هذه المعاناة.
- الثاني يعاني و يطلب المساعدة.

هذه العلاقة أساسا هي علاقة غير متجانسة مبنية على التباين بين المكانتين والدورين الخاصين بين الطبيب و المريض.

ويتجلى لنا حسب بالان Balint 1960 ثلاث مستويات من العلاقة (طبيب– مريض):

المستوى الأول:

هنا يتعلق الأمر بمساعدة الطبيب للمريض على التكيف مع صدمة الوضع المرضي الجديد، إذ أن المرض يسبب تغيرات جديدة في حياة المريض، علاقاته الاجتماعية، المهنية، العاطفية، صورته التي كان يحملها عن نفسه، كفاءاته الجسمية

و هذا من شأنه يجعل المريض في وضع قابلية الإصابة و قلة الفعالية في الأداء المعتاد، و تتميز العلاقة (طبيب-مريض) بالتعديل و الإصلاح من خلال تخفيض الطبيب للضغط الانفعالي والاستماع لشكاوي و آلام المريض عن طريق تقديم معلومات و عبارات التي من شأنها يمكن أن تعمل على التخفيف من حدة الألم الجسمي و النفسي للمريض.

المستوى الثاني:

المريض هنا يعاني و يطلب المساعدة من الطبيب الذي يملك معرفة علمية و مهارة تقنية ومكانة اجتماعية نبيلة، و هذا ما يتيح له انتظار وتوقع الشفاء أو الوصول إلى الشعور بالرضى و الارتياح من ألم المرض الذي يعاني منه و يتم ذلك وفق المساعدة والحماية التي يقدمها الطبيب المعالج له، و مثل هذه العلاقة تتضمن تباين بين المكانتين (طبيب-مريض) إذ يشمل ذلك طلب المساعدة التي تميز عجز المريض و تعلقه كليا بالطبيب الذي يمارس نشاطه دون أي قيد و سلطته في علاج جسم المريض قصد إرجاعه شخصا مدركا فعالا و متكيفا مع الوضع المرضي الجديد.

المستوى الثالث:

حيث يشمل تعاون المريض واشتراكه في العلاقة العلاجية من خلال إتباع التعليمات والإجراءات العلاجية في إطار وضع التشخيص ووصف الدواء المناسب له فينتظر المريض الشفاء إذا أمكن الأمر أو التخفيف من ألم المرض الذي يعاني منه وتتميز هذه العلاقة بالديناميكية والتفاعل والتكامل حيث كل واحد منهما يعمل من أجل الآخر.(Jeammet et Reynaud, 1980)

أما العلاقة بين الطبيب و المريض بالسرطان فهي تأخذ أشكالا مختلفة حسب تعاريف شنيدر Schneider 1976 و تتمثل فيما يلي:

أ- العلاقة العلمية:

و هي الأقرب من النمط الخاص بالدراسات الطبية، عندما نتعامل مع الجسم و أعضائه، و مواجهة المعطيات للنتائج العيادية المختلفة، هذا النمط من العلاقة لابد من أن يحدد الوقت غير المعفى للإستقصاء، و في ظل المراحل الزمنية للإستشارات، الوقت الضروري لاتباع تطور السياق المرضي، معرفة موقع الطبيب في العلاقة العلمية، تصرف الطبيب الذي يريد معرفة ما يفعله و لكن يأخذ بعين الإعتبار الإصابة العضوية و ليس المريض (في إطاره الشامل).

ب- العلاقة L'entretien:

و يمكن تسميتها كذلك العلاقة المزمنة و هي تشمل إجراء العلاج و يدوم عدة أسابيع، أو أشهر، كما أن الإستشارات في هذه العلاقة تكون بطريقة مكثفة، حيث يدرك المريض أنه لابد من إجراء التحاليل و الأشعة المراقبة، قبل رؤية طبيبه الذي يسأله عن ثلاث نقاط و التي تكون دائما نفسها: (وزنه، الآثار الجانبية للدواء، نوعية حياته العامة، بدون الدخول في التفاصيل)، هذه العلاقة تستلزم خضوع المريض الذي يصبح شيئا فشيئا هو المختص لمرضه و يعرف تقريبا كيف يطلب المساعدة خاصة عندما يعترضه بعض الأعراض.

و هذه العلاقة تتميز غالبا بمرحلة الهدوء و أحيانا بين الطبيب و المريض و ذلك لأن كليهما يعرف موقعه و لابد أيضا من الأخذ بعين الإعتبار أن هذه العلاقة تتعلق بأحد التحولات المزمنة دفاعات الطبيب و المريض، كل واحد منهما يسعى إلى العمل من أجل التخفيض من قلقه و تهديداته، حتى لا يكون اختلالا في العلاقة.

ج- علاقة المساعد و السند:

وضع Schneider إختلاف بين هذين الشكلين من العلاقة، حيث يرى أن علاقة المساعدة تستلزم رابطة منظمة بين من يقدم المساعدة و من يطلبها، هذا الأخير يجب أن يتقبل حاجاته، ضعفه، و عجزه.

تتميز هذه العلاقة بأخذ الطبيب نوع من القرارات و المبادرات و إدراكه ما هو جيد بالنسبة للمريض، وذلك أثناء مزاولة المريض لبيته و في حالة متقدمة من مرضه، أين ينتظر تسهيل الصعوبات الخاصة به (وسائل نقل، وسائل مساعدة مكملة كسرير الإستشفاء في البيت مثلا).

د- العلاقة السندية:

لها شكلا آخر، حيث تستلزم أن المريض بذاته يطلب المساندة النفسية من النوع الخاص و التي تكون خارجة عن القياسات و الأبعاد التقنية العلاجية المحصلة.

و تتميز هذه العلاقة بتقديم الإسعاف و الإستنجاد و الراحة و إعادة التوازن، و هذا يتعلق بتقوية المريض من خلال النظر في إمكانياته و الرفع من مقاومته النفسية للمرض عن طريق توفير الطمأنينة له و الأمن و الحماية.

ه- العلاقة البيشخصية الذاتية:

هي نمط أكثر تقدما حيث تظهر كاتفاق ضمني أو شكلي بين الطبيب و المريض، و تتطلب توفر الثقة و الإستماع و الحياد مع التعاطف للطبيب الذي يسمح للمريض بالتعبير عن مخاوفه و مشاعره و انشغالاته بحرية و عفوية.

في هذه العلاقة تكون للمريض الحرية في استعمال الطبيب حسب رغباته كي يشاركه في معاناته، في هذا النوع من التفاعل يمكن للطبيب الأخذ بعين الإعتبار الصراعات النفسية اللاشعورية للمريض، حيث يستوجب مراعاة أحاسيسه و توقي الحذر من جرحه نرجسيا أو إعطائه انطباعا بالنقص.

يمكن القول أن هذه العلاقة الذاتية البيشخصية هي علاقة نوعية أين نريد تأسيسها مع المريض بالسرطان، نظرا لكونها توفر نوع من الحرية في التعبير عن

المشاكل الشاملة لهذا المرض و تحمي أو تخفض من التوتر الحاد، حيث تسمح بتقبل بعض التحديات و الإحباطات اتجاه واقع الإصابة بدون انقطاع الكفالة العلاجية.

8- دور الطبيب:

يتميز دور الطبيب بكفاءته المهنية في مساعدة المريض وفعاليته في تطبيق معرفته العلمية والتقنية في مجال الممارسة العلاجية وإنقاذ حياة المريض، وغالبا ما يتصف بالثقة والأمن والالتزام والإخلاص في أداء عمله وواجبه الإنساني في مساعدة الآخرين، ويمكن أن نميز ذلك في الخصائص التالية:

8-1- الكفاءة التقنية:

وتتضمن المعرفة والمصداقية وعمق مشروعية مكانة الطبيب، وأهم ما يميز مهارته في معاملته الإنسانية وتفاعله مع المريض ومدى قدرته على إخضاعه للمشاركة الفعلية في العلاقة العلاجية.(Delay et Pichot, 1984)

8-2- السلوك العام للطبيب اتجاه المريض:

و هو يندرج ضمن الواجب المهني العام الذي يؤديه الطبيب في مهمته العلاجية من خلال اتباعه نفس القوانين الشرعية و المبادئ العلاجية اتجاه كل المرضى الذين يعالجهم دون تمييز مكانتهم الاجتماعية و المادية، بالإضافة إلى احترامهم و مراعاة حقوقهم والشعور بألمهم ومعاناتهم. (محمد السيد الهابط، 1989)

8-3- الإختصاصية الوظائفية:

و يرتبط هذا المفهوم حسب ماكس ويبر Max Weber بالاختصاصية في الأدوار المختلفة المتواجدة في المجتمع و التي تقوم على الامتياز و المهارة و الكفاءة، ولا تكون واجبات الطبيب فعالة إلا في مجاله، وهي واجب مطلق يفرض على الطبيب أن يكون متحررا من كل الإلتزامات التي تبعده عن الميدان المرضي، وهذه الإختصاصية تشكل ضمانا أساسيا للسلك الطبي والمجتمع العام ككل، كما أنها تحمي الطبيب من كل

الإتهامات و الشكوك التي من شأنها يمكن أن تهدد مكانته اتجاه المريض الذي يعالجه.(Delay et Pichot, 1984)

9- مسؤولية تواجد الأخصائي النفساني في الوسط الإستشفائي:

يعد ارتباط عمل الأخصائي النفساني في الوسط الإستشفائي مع الفريق العلاجي عاملا أساسيا في تطور وتحسن صحة المريض، إذ لا يمكن تحديد معايير شفاء المريض دون إهمال الصراعات والمشاكل التي يعاني منها أثناء خضوعه للاستشفاء والعمل على تخفيف الأعراض والإنعكاسات الباتولوجية الناجمة عنها وتنظيم صحته النفسية من خلال العمل على تطوير نوعية الحياة الذاتية لديه، والتي تشمل تحسن المريض في بعض المجالات العلائقية، العاطفية، الاجتماعية والعائلية. (Thraoui et Benouy, 2003)

كما يمكن اعتبار عمل الأخصائي النفساني، كالجانب التكفلي النفسي الذي يهتم بعلاج الاضطرابات النفسية التي تظهر عند المرضى، حيث تتميز تدخلاته بما يلي:

- تشخيص الإضطراب النفسي.
- تحقيق تشخيص نفسي عند المريض الذي يحتوي على إصابة جسدية.
- تقديم التشخيص الفارقي الخاص بالأعراض النفسية المرتبطة بالإصابة الجسدية والاضطرابات الجسدية الشكلية دون تنظيم (تحول هستيري، توهم المرض مثلا: الهلع، الخوف، الإكتئاب).
- التعرف على التاريخ الشخصي للمريض، ظروفه الداخلية والخارجية.
- تقييم الآثار النفسية الناجمة عن الإصابة الجسدية من خلال تقديم علاج نفسي قصير المدى أو طرق علاجية أخرى مميزة.
- توجيه المريض والبنية الذهنية إلى الطبيب العقلي بعد القيام بالمعاينة التشخيصية.
- الإهتمام بنفسية المريض والتركيز على التعرف على أنماط شخصيته ونمط حياته، والإهتمام بنفسيته وسلوكه في التطبيق العيادي خاصة في مجال الأمراض الخطيرة كالسيدا والسرطان، واتباع إستراتيجية علاجية قائمة على المشاركة

الإنفعالية والوجدانية مع المريض دون الابتعاد عن الموضوعية التي تعد عاملا ضروريا لممارسة المهنة. (Albernhe. K, 2003)

10- كفالة الأخصائي النفساني للمرضى المصابين بالسرطان:

يعاني المريض المصاب بالسرطان والخاضع للإستشفاء مجموعة من المخاوف والإضطرابات النفسية، نظرا لشعوره بتهديد الموت الناجم عن إصابته الجسدية الخطيرة، كما أن الفريق العلاجي ليس بمعزل عن تعرضه للضغوطات الناجمة عن ممارسته المهنية وواجبه في تحمل أعباء مسؤولية مساعدة المريض وإنقاذ حياته، مما يستوجب على الأخصائي النفساني اتخاذ الإجراءات اللازمة من أجل التخفيف عن المريض من خلال السعي إلى التعاون و الانضمام مع الفريق الطبي عن طريق اتخاذ أهم خطوات للكفالة العلاجية التي تتمثل فيمل يلي:

- انشاء عقد علاجي والعمل على كسب ثقة المفحوص، وتوصيل له انطباع على أنه لم يتم التخلي عنه من قبل طبيبه المعالج بتواجد الأخصائي فقط إلى جانبه.
- توضيح له الخطوات التي تم القيام بها في ظل الممارسة الطبية وشرح له الأسباب التي تركت الطبيب استدعاء المعالج النفساني.
- منح علاقة إيجابية: استماع، فهم، إسناد، حماية، تحديد برنامج علاجي باشتراك الطبيب النفسي في حالة ظهور إنعكاسات سلوكية باتولوجية ناجمة عن هذه الإصابة الجسدية الخطيرة (الشروع في الإنتحار، إضطراب الشهية، التدخين).

وفي حالة رفض المريض العلاج الكيميائي أو إجراء الفحوص يقوم الأخصائي بالخطوات التالية:

- تحليل السلوك المشكل: تحديد الشكاوي والآلام الخاصة بالمفحوص ووصفها بدقة وتقسيمها إلى ثلاث أنظمة: لفظية – حركية – فيزيولوجية.

- المستوى اللفظي: أي ما يعتقد الشخص ويشعر اتجاه معاناته الجسدية والنفسية (معرفة، انفعال، معاش).
- المستوى الحركي: ما يفعل الشخص أو ما لا يفعل (الحدث).
- المستوى الفيزيولوجي: التغيرات الفيزيائية التي ترافق الفكرة والإنفعال والسلوك.
- التعرف على السوابق المرضية المطلقة: على المعالج كشف ومعاينة تاريخ بداية الإضطراب، ظروف التكيف.

- شرح نوعية الفحوصات والإجراءات العلاجية التي يقوم بها المريض مع استعمال البساطة في الطرح والعرض.
- توضيح المريض بماهية الضغط وعلاقته مع المرض ومساعدته على المراقبة الذاتية والتحليل الذاتي الخاص بضغطه النفسي.
- تطوير الاستعداد الذهني من أجل مواجهة العوامل الضاغطة الداخلية والمحيطية.
- العمل على استرجاع الإنفعال الخاص بالصعوبات التي يواجهها المريض، وتصريف هذا الانفعال عن طريق مساعدة المريض في التعبير عن مخاوفه وعدوانه ومشاعر المقاومة ضد الفريق العلاجي.
- التطرق إلى شرح وتفسير الأسباب والأعراض التي أتت من واقع حياة المريض ويكون التفسير مختارا بألفاظ دقيقة ومحددة ومؤثرة حتى يتسنى للمريض فهمها والمشاركة فيها، وهكذا يتعرف على خبرته الانفعالية ويتقبلها. (De Clercq et Lebigot, 2001)

أما في حالة العملية الجراحية قد يطرح المريض أسئلة عديدة تتعلق بمدى خطورة العملية وإمكانية تحول التخدير إلى عدم الإستيقاظ من المفعول المخدر، بالإضافة إلى تحمل المريض وأهله مسؤولية التوقيع لتقبل الأخطار والعواقب الناجمة عن العملية، فهذا التوقيع يظهر الطبيب الجراح وكأنه يتنصل من مسؤولياته، وهذا ما يزعزع ثقة المريض، ويزيد من قلقه، وشعوره بالذنب اتجاه مرضه الخطير، مما

يستوجب فتح المجال للأخصائي النفساني القيام ببعض الخطوات التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- إجراء الفحص النفسي وذلك بهدف التأكد من عدم وجود اضطرابات مرضية في شخصية المريض وسلوكه لذهان مرحلي، إدمان مخدرات، كحول، مهدئات، بنية ضعيفة، شخصية عصابية، ... الخ، فإذا ما أثبت الفحص وجود مثل هذه الاضطرابات وجب علاجها واتخاذ الإجراءات الوقائية الملائمة.
- عدم إبلاغ المريض عن معاينة الكتب الطبية التي تتضمن التعقيدات والأخطار التي قد ترافق العملية الجراحية.
- إعطاء المهدئات التي تتميز بمفعولها في إرخاء العضلات إلى جانب التهدئة النفسية قبل العملية.
- العمل على رفع معنويات المريض وتشجيعه للتعامل مع العملية وكأنها مغامرة عابرة قد تنطوي على الألم ولكنها بعيدة عن خطر الموت، كما أن آلام العملية هي التي ستلغي آلام المريض إلغاء تاما.
- تدعيم صورة الجراح لدى المريض، وترسيخ الثقة به، مما يخفف من ضغط المريض.
- إعداد العائلة والمقربين لدى المريض وطمأنتهم حتى لا يؤثروا سلبا في الحالة النفسية للمريض. (رياض أحمد النابلسي، 1993)

خلاصة:

أردنا من خلال هذا الفصل إبراز مميزات النظام العام للوسط الاستشفائي، بأخذ خصائص ومعايير الممارسة العلاجية لمختلف أعضاء الهيكل الطبي الخاص بتلبية حاجات المريض والسهر على راحته واحترام حقوقه، غير أن هناك واقع لا يمكن التجاوز عنه من تدخل عوامل مساهمة في إحباط المريض وازدياد ضغطه كخضوعه لمرحلة الإستشفاء التي تعكس طبيعة الإصابة المرضية، وليس من الصعب تصور قلق المريض في هذه الحالة بإقباله على وضع مبهم ينتظره في المستشفى وانقطاعه عن أقربائه ومحيطه الاجتماعي، والصعوبات الناجمة عن علاقته مع الفريق الطبي، علاوة على علاقته المباشرة بالطبيب المسؤول عن علاجه، خاصة في حالة مسايرته لكافة مراحل الفحوص و العلاج دون التركيز على الجانب العلائقي الإنفعالي ومسؤولية تفسير الإبهام الناجم عن الإصابة المرضية مما ينعكس سلبا على المستوى الصحي للمريض، وهذا ما يستدعي ضرورة الكفالة النفسية له، ولا يقتصر الأمر على تطبيق الإستراتيجيات الطبية العلاجية وإنما إعلام المريض وتهيئته للتكيف مع وضعه المرضي وتجنب الإستجابات الإكتئابية الحادة الناتجة عن إصابته المرضية الخطيرة مع تعديل أنماطه التكيفية والتخفيف من شحنته الإنفعالية ضد الطاقم العلاجي.

الفصل السادس

الإكتئاب، أعراضه وطرق علاجه.

- تمهيد.

1- أعراض التناذر الإكتئابي.

2- الأشكال العيادية للإكتئاب.

3- أشكال الإكتئاب حسب الأعراض.

4- التناولات النظرية في تفسير الإكتئاب.

5- طرق علاج الإكتئاب.

6- مميزات العلاج المعرفي للإكتئاب.

7- فعالية العلاج المعرفي للإكتئاب.

8- الإكتئاب و السرطان.

- خلاصة.

تمهيد :

من الأهمية أن يحافظ الفرد على صحته العقلية و الجسمية، لاعتبارات إنسانية تتمثل في كفالة حياة منسجمة مع نفسه و أسرته و مجتمعه ككل.

و من حيث أن الحياة التي يعيشها الفرد دائمة التغيير، فقد يواجه الكثير من الصراعات و المشاكل التي قد تنال من تكّيفه و استقراره النفسي و الجسدي، و بالتالي تجعله مهيأ للإصابة بشتى الإضطرابات النفسية. (عبد الرحمن العيسوي، 1992)

و لعل من أبرزها الإكتئاب الذي يعد في طليعة الأمراض السيكاترية، و قد شغل اهتمام العديد من الباحثين في مختلف التخصصات، كما أصبح يسبب مشكلا هاما في مجال صحة المجتمع العام، إذ يقدر عدد الأفراد الذين يعانون من هذا الإضطراب بحوالي 100 مليون مكتئب. (Widlôcher. D, 1985)

و طبقا لإحصائيات المنظمة الوطنية الأمريكية للصحة النفسية، فإن 15% من الأفراد البالغين من السكان (18-74 سنة) يعانون في كل سنة من أعراض إكتئابية واضحة، الأمر الذي أصبح يشكل مطلبا أساسيا يستوجب علاجهم. (محمد الحجار، 1988)

يرجع انتشار ارتفاع معدل الإكتئاب إلى عدة أسباب، أهمها : تعقد النمط الحضاري في العصر الحالي وانتشار المنافسة والصراع، حيث يزداد شعور الإنسان بالتهديد والإضطراب، نتيجة عدم قدرته على التكّيف مع النمط المعقد لحياته، إختلال القيم وتشتت الحياة الإجتماعية، وانتشار الأمراض الجسمية المزمنة التي تساهم في الإصابة باضطراب الإكتئاب عند الفرد. (عبد الرحمن العيسوي، 1992)

1- أعراض التناذر الإكتئابي :

يمكن وصف اللوحة العيادية للتناذر الإكتئابي بظهور أعراض مختلفة، غير أنها تنبثق من أربع مصادر أساسية :

1-1- المزاج :

و هو يتميز بالتخدير العاطفي الذي يفوق الإضطراب الوجداني.

1-2- التباطؤ الحسي الحركي:

و يشمل انخفاض المستوى العام للنشاطات الفيزيائية للطاقة الجسمية.

1-3- الإضطرابات النفسية:

و تتضمن أفكار تشاؤمية حول الذات، و المحيط، و المستقبل و هذا ما يسمى بالأفكار الملنخولية.

1-4- الإضطرابات السوماتية :

و أهم ما يميزها إضطرابات النوم و الشهية، و يمكن تلخيص أهم الأعراض المشتقة من هذه المصادر الأساسية، فيما يلي :

أ- **المزاج المكتئب :**

أهم ما يميز هذا العرض، سيطرة الحزن الذي يرتكز أساسًا على الحدث السببي، و التعبير عنه بالإحساس بالشعور بالألم الدائم الذي يطغى على الحياة النفسية للفرد المكتئب، و يكون مصحوبًا كذلك بفقدان الرغبة و العجز على إظهار اللذة في النشاطات الإعتيادية، اللامبالاة و البرودة العاطفية، و عدم الإهتمام بما يدور في العالم المحيط، حيث يميل المريض إلى الإنطواء و العزلة عن الآخرين، فيتولد عنه إحساس من التخدير العاطفي بالإضافة إلى ظهور أشكال من الإضطرابات الوجدانية كالشعور بالذنب و احتقار الذات و النظرة السلبية نحو المحيط و المستقبل، ظهور مشاعر العدوانية و الغضب و نوبات البكاء. (Mardy-Baylé. M. C, 2000)

ب- التباطؤ الحسي الحركي :

يتجلى هذا العرض في قلة استجابات المريض الذي يأخذ طابعا من الإحساس بالإنهاك الدائم و الشعور بثقل الأعباء، و العجز عن القيام بالنشاطات الإعتيادية اليومية، حتى الاستجابات الخاصة بالحاجات الأساسية للمريض كالأكل و الشرب و اللباس، التي تتطلب منه جهدًا كبيرًا لكونه يظهر الإحساس بالإجهاد و الإنهاك قبل القيام بأي شيء، بالإضافة إلى انخفاض المهارات الكلامية عند المريض و الرغبة في التحدث في نفس المواضيع التي تأخذ شكلاً خاصا من التشاؤم و الإستياء و السلبية. (محمد السيد الهابط، 1989)

ج- التباطؤ الفكري :

يتميز هذا العرض بالمحتوى التفكيري السلبي، حيث يركز المريض على نفسه و المحيط و العالم، كما تترجم الرؤية السلبية التي يحملها المريض عن نفسه بفقدان الثقة و انخفاض تقدير الذات التي يعبر عنها بالإحساس بالعجز عن الاستجابة، و التصرف، و عدم القدرة على التفكير في الإلتزامات الإعتيادية اليومية و العجز عن إرصان أو التفكير في مشاريع مستقبلية.

د- الإضطرابات المعرفية :

و يتميز هذا العرض باختلال الوظائف المعرفية العامة، بحيث يقل التركيز، و الإنتباه عند الشخص المكتئب، بالإضافة إلى ضعف الذاكرة قصيرة المدى عنده، مما ينعكس على نشاطه الفكري و الأدائي. (Damiani. C, 1997)

ه- التباطؤ في القدرات العقلية :

يعاني الشخص المكتئب من اختلالات واضحة خاصة على مستوى الفكر و التصور حيث يعبر عنها بالشعور بالنقص، الإنهيار، الحرمان، العجز، انخفاض في تقدير الذات، التقييم السلبي للعالم المحيط به، صعوبة التعامل و الإحتكاك بالآخرين، الميل إلى العزلة و الإنطواء عن الآخرين، و الشعور بعدم الفعالية الذاتية. (Pélicier. Y, 1983)

و- الأعراض الإعاشية : و هي تتمثل فيما يلي :

- الإعياء النفسي :

و نجده عند معظم الأفراد المكتئبين، و الذي يطبع مختلف مظاهر حيويتهم و نشاطاتهم و من أهم العلامات الدالة عليه :

- انهاك في بذل أدنى جهد أو السعي إلى القيام بأي نشاط.
- انقباض الصدر، و الشعور بالضيق و الوجه الحزين.
- الصداع و التعب و خمود الهمة، و آلام خاصة على مستوى الظهر.
- الوهن الجنسي، الذي يظهر في نقصان الرغبة الجنسية. (حامد عبد السلام زهران، 1988)

- إضطرابات النوم : و هي ثلاثة أنواع :

أرق أول الليل، و أرق منتصف الليل، و أرق في أواخره.

و نميز أرق أول الليل ، في ايجاد المريض صعوبة كبيرة على النوم، و الإستيقاظ بعد فترة قصيرة فجأة إثر كوابيس و أحلام مزعجة.

و في أرق منتصف الليل، لا يجد المريض صعوبة في النوم، إلا أن مدته تكون قليلة، فيستيقظ عدة مرات، و يشعر و كأنه لم ينم.

أما أرق آخر الليل، ففيه يستيقظ المريض باكراً جدًا (الساعة الثالثة صباحاً مثلا) فيصعب عليه العودة إلى النوم، و يقضي الفترة الباقية من الليل مستيقظا، يفكر بما سيجاب عليه النهار المقبل من معاناة، و متاعب نفسية. (محمد الحجار، 1989)

- الإضطرابات الهضمية :

و هي تأخذ مظاهر مختلفة من التباطؤ الهضمي، و الإمساك المستمر.

- **إضطرابات الشهية :**

فقدان الشهية للطعام أو بالعكس الشراهة، مما ينعكس عليه نقصان في الوزن أو زيادته.

- **التوتر المصاحب :**

يمكن أن نميزعند الفرد المكتئب مجموعة من الأعراض الحصرية، و هي:

- توتر عصبي، مما يؤدي إلى حالة عدم الإستقرار.
- إهتزازات عضلية.
- الشحوب.
- تسارع التنفس، و نبضات القلب.
- جفاف الفم.
- الأرق و الكوابيس. (محمد أحمد النابلسي ، 1991)

2- الأشكال العيادية للإكتئاب :

نشرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1994، من خلال دليل التصنيف التشخيصي و الإحصائي للأمراض و الإضطرابات النفسية و العقلية في طبعته الرابعة DSM – IV نوعين أساسيين من الإضطرابات الإكتئابية أحادية القطب Unipolar هما :

- الإضطراب الإكتئابي البسيط أو عسر الوجدان. Dystimia
- و الإضطراب الإكتئابي الشديد. Major depressive desorder

الذي يضم نمطين هما :

- الإضطراب الإكتئابي الشديد ذو النوبة الواحدة. Single episode
- و الإضطراب الإكتئابي الشديد الدوري. recurent

و يمكن تلخيص هذه الأشكال العيادية وفقا للمحكات التالية :

أ- الإضطراب الإكتئابي البسيط :

يتطلب هذا الإضطراب الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم و على مدى معظم الأيام، و ذلك خلال عامين متتاليين على الأقل كما يتضح من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين، فيمكن أن يتسم هذا الوجدان بسرعة الغضب أو الإنفعال أو التهيج على أن يستمر ذلك لمدة سنة واحدة على الأقل، و إلى جانب ذلك يجب أن يتوفر عرضان على الأقل من الأعراض التالية :

- ضعف الشهية للطعام أو الإفراط في تناول الأكل.
- الأرق أو الإفراط في النوم.
- انخفاض مستوى الطاقة و الحيوية مع سرعة الشعور بالتعب.
- انخفاض تقدير الذات.
- ضعف القدرة على التركيز و وجود صعوبة في اتخاذ القرارات.
- الشعور باليأس.

و من الجدير بالذكر أنه لابد أن لا تختفي هذه الأعراض لمدة شهرين متتاليين، و أن لا تحدث نوبة إكتئابية شديدة خلال فترة العامين أو العام الواحد، شرط أن لا تتحول هذه الأعراض إلى اضطراب إكتئابي شديد أو نوبة هوسية أو اضطراب نهائي، أو إلى انعكاسات فيزيولوجية لمدة معينة أو حالة طبية (صحية) عامة، كما أن هذه الأعراض يجب أن تؤدي إلى حدوث الضيق التنفسي، و إلى حدوث خلل أو تدهور واضح في الأداء الوظيفي للفرد اجتماعياً أو مهنيا أو في أي مجال هام آخر.

ب- الإضطراب الإكتئابي الشديد : Major depressive desorder

و يضم هذا الإضطراب نمطين فرعيين يمكن تناولهما على النحو التالي :

- **النوبة الواحدة : Single episode**

و تتطلب وجود خمس أعراض على الأقل من الأعراض التالية على مدى أسبوعين على أن يحدث ذلك كل يوم تقريبا، و يؤدي ذلك إلى حدوث تغيير في الأداء الوظيفي للفرد عما كان عليه سابقا على أن يكون أحد هذه الأعراض هو الوجدان المكتئب أو فقدان المتعة أو الإهتمام.

و تتمثل هذه الأعراض فيما يلي :

- الشعور بالوجدان المكتئب و ذلك كل يوم تقريباً كما يتضح إما من التقارير الذاتية (الشعور بالحزن أو الفراغ) أو من ملاحظات الآخرين (الإفراط في البكاء).
- انخفاض واضح في مستوى الإهتمام بكل الأنشطة تقريبا و ذلك لمعظم اليوم مع انخفاض مستوى متعة الفرد كما يتضح أيضًا من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين. (عادل عبد الله محمد، 1999)
- نقص الوزن بشكل كبير على الرغم من عدم اتباع أي حمية أو حدوث زيادة في الوزن (على أن يمثل هذا التغير سواء بالزيادة أو النقص أكثر من 5 % من وزن الجسم خلال الشهر السابق) أو ضعف للطعام أو زيادته.
- الشعور بالأرق أو الإفراط في النوم.
- التهيج (الإثارة) الحس الحركي أو الإعاقة و التأخر و البطء و ليس المشاعر الذاتية للإستياء أو التأخر و البطء.
- فقدان الطاقة و الحيوية و سرعة الشعور بالتعب.
- الشعور بعدم القيمة أو الجدوى و الشعور المفرط بالذنب.
- ضعف القدرة على التركيز أو التفكير إلى جانب التردد و عدم الحسم.
- تكرار أفكار عن الموت و التي لا تقتصر فقط على الخوف من الموت، و تكرار أفكار عن الإنتحار دون وجود خطة محددة للقيام به، أو الإقدام على الإنتحار في ضوء خطة محددة لذلك.

- **الإضطراب الإكتئابي الشديد الدوري : Recurent**

و يتوفر هذا الإضطراب على عرضين على الأقل من الأعراض التسع السابقة و لكي تعد تلك النوبات مستقلة، يجب أن تنقضي فترة شهرين متتاليين على الأقل بين كل نوبة، و الأخرى لا تنطبق خلالها المحكات السابقة على الفرد كما لا يجب أن تعود تلك النوبات الإكتئابية الشديدة إلى أي إضطراب فصامي، و أن لا تحدث خلال فترة حدوث نوبة هوسية، كذلك يجب أن لا ترجع إلى الآثار الفيزيولجية المباشرة لمادة معينة كاستخدام عقار ما، و أن لا تعود إلى حالة طبية عامة.

و من الجدير بالذكر أنه إذا استمرت تلك الأعراض لمدة عامين متتاليين على الأقل فإن ذلك يصبح يعرف بالإضطراب الإكتئابي الشديد المزمن. (عادل عبد الله محمد، 1999).

3- أشكال الإكتئاب حسب الأعراض : (Cottraux. J, 1998)

3-1- الإكتئاب العصابي :

هو إضطراب نفسي، يتسم بحالة من الحزن الشديد المستمر، تتطلبه أساليب التظاهرات العصابية، كالخوف، القلق، الصراع النفسي، و يتجلى أهم أعراض الإكتئاب العصابي فيما يلي :

- انخفاض النشاطات الحيوية، و الشعور بالإعياء المستمر.
- الشعور بفقدان الرغبة و الأمل.
- انخفاض تقدير الذات.
- الأرق أو الإفراط في النوم.
- انخفاض الشهية، أو الشراهة في الأكل.
- التشاؤم في الإحساس بالشفاء، و ضعف الثقة بالنفس.

- الشعور بعدم القيمة، و تهديد بالإنتحار.
- نقص التركيز، و التردد في أخذ القرارات.

و في هذه الحالة، يكون الفرد المكتئب غير مستبصر بالسبب الحقيقي لمرضه. (Rouillon.F, 1999)

3-2- الإكتئاب الإرتكاسي :

يظهر هذا النوع من الإكتئاب، مباشرة بعد الصدمة النفسية، الناتجة عن الفشل في تعديل مساحة هامة من الحياة الداخلية للفرد، كالفشل في الحياة العاطفية، المهنية، الإجتماعية، و غالبا ما نجده عند الأشخاص ذوي البنية النفسية النرجسية الهشة. (Bergeret. J, 1976)

و يتميز هذا الإضطراب بالأعراض التالية :

- الشعور العميق بالفراغ.
- الشعور بعدم القيمة.
- سيطرة مشاعر الحزن، و تذكر الخبرات المرتبطة بالفقدان المتكرر.
- عدم القدرة على إثبات الذات، و الإنجاز، و قلة النشاطات المنتجة. (Marcelle et Berthant, 2001)

3-3- الإكتئاب الإعيائي :

غالبا ما يأتي نتيجة تعرض الفرد إلى توترات، و شدات متراكمة طويلة، و إنهاك نفسي الذي يكون مصحوبا بالأرق، و انخفاض النشاطات الحيوية للجسم، كما نميز الصداع، إضطرابات هضمية، التقيؤ. (محمد الحجار، 1988)

3-4- الإكتئاب الناتج عن الإصابة بأمراض جسمية :

و نجد هذا النوع من الإضطراب عند الأشخاص المصابين بأمراض سوماتية مزمنة، نظرا لكونها مؤلمة مثل الأمراض الوعائية القلبية، أمراض الصرع،

الأورام السرطانية، أمراض الجهاز العصبي المركزي كمرض باركينسون، الأمراض الغددية مثل قصور الغدة الدرقية، القصور الكلوي، الداء السكري. (Mardy-Baylé. M. C, 2000)

3-5- الإكتئاب المختلط :

و يسمى أحيانا بالذهان الدوري و يلاحظ فيه تناوب بين الحالتين الهوسية و الإكتئابية، بحيث يتذبذب المريض من أعلى مستوى في الإبتهاج إلى أدنى مستوى من اليأس.

تتميز الحالة الهوسية بقمة المرح و الحيوية، و النشاط المفرط، و التفكير السطحي، و عدم القدرة على الترابط المنطقي للأفكار، إرتجال الخطب في كل أنواع المواضيع غير المعتادة، بالإضافة إلى التشتت في الإنتباه، و إضطراب التوجه بالنسبة للزمان و المكان و الأشخاص.

أما الحالة الإكتئابية فتتسم بالشعور بالتأنيب و الذنب، حيث يتهم المريض نفسه بكل أشكال الفعل الخاطئ، و قد يتعدى الأمر إلى الإفراط في البكاء، بالإضافة إلى الانخفاض الشديد في المستوى العام للنشاط الجسمي و فقدان الثقة بالنفس. (مصطفى خليل الشرقاوي، 1983)

3-6- الإكتئاب الذهاني الملانخولي الهذياني :

و يتميز هذا النوع من الإكتئاب بفقدان القدرة على التحكم في الواقع الخارجي عن طريق الإنطواء و الفشل في استرجاع قدرات الأنا قصد التحكم و الإنجاز، مما يؤدي إلى ظهور سياقات ذهانية كهذيان الشعور باتهام الذات و إدانتها، و استدخال أفكار العقاب، الإفراط في الهلوسات الإضطهادية، سيطرة أفكار إستحالة الشفاء، النكوص إلى مراحل سابقة. (سهير كامل أحمد، 1999)

و قد يصاحب هذه الخصائص إضطراب الأعراض الوظائفية، كفقدان الشهية، الأرق، البكاء المتكرر، البرود الجنسي، التفكير في الإنتحار و تنفيذه، و قد يرتد المريض إلى السلوكات الطفلية، كالزحف على يديه و قدميه، التبول على الأرض، اللامبالاة و الإفراط في استعمال الرموز و الإشارات غير المفهومة عند التحدث معه. (مصطفى خليل الشرقاوي، 1983)

3-7- الإكتئاب الذهولي :

و يمثل أقصى درجات الحدة من المرض، و أهم ما يميز صاحبه العلامات التالية:

- سيطرة مشاعر الحزن و اللامبالاة، حيث يبدو المريض كأنه لا يرى، و لا يسمع ما يدور حوله من الأحداث.
- انقطاع الإتصال مع الآخرين و الإنطواء على الذات.
- عدم بذل المريض أي جهد لإشباع حاجاته الأساسية، حيث نميز الإقلاع عن الأكل و الشرب.
- الخمول و الإكتفاء بمزاولة الفراش، إلى درجة يفقد فيها المريض نشاطه الحركي. (سعد جلال، 1986)

4- التناولات النظرية المختلفة في تفسير الإكتئاب :

4-1- الإتجاه التحليلي :

ساد الإتجاه التحليلي في القرن العشرين بنظريته الشهيرة حول الجهاز النفسي، و التي ارتبطت مباشرة بالتطبيقات الميدانية العلاجية، و مع انتشار الأنماط التفسيرية للعصابات التحويلية و الحالات الحدية و الذهانات، نال موضوع الإكتئاب إهتماما كبيرا من قبل أعمال فرويد Freud، إذ تناول في كتابه الحداد و الملنخوليا Deuil et mélancolie سنة 1917، حيث يرى فرويد أن عمل الحداد يتم من خلال الميكانيزمات اللاشعورية التي يسميها الملنخوليا، كما ركز على مفهومي الحداد

و الملنخوليا اللذان يعتبران كرد فعل ناتج عن فقدان موضوع الحب، مما ينتج عنه مشاعر الإحباط و العدوانية التي يتم توجيهها من قبل الفرد نحو ذاته، بظهور أعراض عدوانية تشمل : الشعور بالذنب، التأنيب، اليأس، الدونية، النظرة السلبية نحو المحيط، الإسقاط، التقمص، و كل مظاهر هذا العدوان تكون في الحقيقة موجهة نحو الشخص الذي يمثل حقيقة الموضوع المفقود، حيث يعمل الأنا على تحرير طاقته الليبيدية، المحجوزة في اللاشعور، و يحولها إلى نفسه حتى يضمن بقاؤه. (Cottraux. J, 1999)

فالإكتئاب يأخذ شكل العمل النكوصي، إلى مراحل يتوقف فيها تقدير الفرد لذاته على الإشباع الخارجي من الآخرين، و عدم إشباع حاجاته النرجسية، حيث تترجم باضطراب تقدير ذاته، لذا فالإكتئاب العصابي يمثل محاولات يائسة لإرغام مصادر الإشباع الخارجية، قصد محاولة الإحتفاظ بالأنا و تكامله، و التقليل من الشعور بالذنب عن طريق الألم، بينما الإكتئاب الذهاني يمثل الفقدان التام لهذه المصادر. (سعد جلال، 1986)

أما ميلاني كلاين M.Kleine ، فتنظر إلى الإكتئاب على أنه مرحلة أساسية في التطور السيكولوجي للفرد، و الذي يأخذ مفهوم الوضعية الإكتئابية la position dépressive، و التي تشبه الوضعية الفصامية، و يفسر هذا الإكتئاب بأول تجربة فقدان موضوع الحب الأولي (الأم) التي يعيشها الطفل في حوالي الشهر الرابع، و تشير ميلاني كلاين إلى أن الطفل يتعدى هذه المرحلة عند بلوغه سنة، في حين يعيشها بعض الأشخاص مجددا خلال سن الرشد و هذا ينجم إما نتيجة لتغيير نفسي داخلي، أو نظرا لظروف معيشية معينة. (Freden, 1982)

4-2- الإتجاه السلوكي :

يركز هذا الإتجاه على العلاقة القائمة بين الفرد و المحيط، حيث يرى أن السلوك الإكتئابي هو رد فعل ناتج عن غياب الأحداث السارة في البيئة التي تعمل بدورها على فقدان فاعلية الفرد، و هذا ما يؤدي به إلى الخمول و الحزن.

و حسب لوينسون Lewinshon الفرد المكتئب، يمثل ظاهرة راجعة إلى وجود عدد كبير من التعزيزات السلبية في البيئة، أو حرمانه من التعزيزات الإيجابية في البيئة، و هذا الحرمان يأخذ أشكالا متعددة من الفقدان : (فقدان مهارات إجتماعية، مهنية ....إلخ)، و بالتالي فالسلوك المشبع بالتعزيزات السلبية ينتهي بالإنطفاء، و تصبح التظاهرات الإكتئابية هي العامل المعزز عند الفرد، مما يؤدي إلى استمرارها. (Cottraux. J, 1999)

و يعتبر سلجمان Seligman الإكتئاب و التشاؤم ليس سوى استجابة لفقدان القدرة على التحكم في وسائل التعزيز الإيجابي أو السلبي، و يسمي سلجمان هذه الظاهرة اسم العجز المكتسب، حيث أن الأشخاص الذين لا يملكون القدرة على التحكم في مواقف النجاح و الفشل يكونون عرضة للعجز المكتسب، و في هذه الحالة يكون المكتئب غير قادر على القيام بسلوكات مثمرة يلقى الثواب عليها، و في غياب هذا التعزيز يستقر الإكتئاب.

و قد استوحى سلجمان نظريته في تفسير الإكتئاب، انطلاقا من تجربته الشهيرة عن إختبار دور الأحداث الضاغطة في تعلم الكلاب الإستسلام و القنوط و اليأس، إذ أخذ مجموعة من الكلاب، و وضعها داخل قفص ذو مقصورتين، حيث وضع المجموعة الأولى داخل القسم الأول من القفص ، في حين بقيت المجموعة الثانية داخل القسم الثاني من القفص، و في كل مرة كان الباحث يعرض المجموعة الأولى إلى صدمات كهربائية متتالية في حين تبقى المجموعة الثانية عن مأمن من الصدمة.

فتوصل الباحث إلى أن الكلاب التي خضعت للصدمات الكهربائية لا تحاول الهروب من القفص، و إنما تعلمت أن السعي للهروب لا جدوى منه، فاستسلمت لليأس. و في تفسيره لهذه الظاهرة السلوكية السلبية، يرى أن الصدمة الكهربائية لم تكن السبب الذي خلق هذه الإستجابة السلبية عند الكلاب، و إنما عدم قدرتهم على السيطرة على الصدمة ذاتها.

هذه الملاحظات دفعت سلجمان Seligman بالتعاون مع زميله ماير Mayer ربط ظاهرة العجز المكتسب، بالإضطراب الإكتئابي عند الإنسان.

حيث يقول في هذا الصدد : "عندما شاهدت الحيوانات اليائسة لأول مرة، فكرت أن هذه الظاهرة قد تكون المفتاح لتفسير حالة القنوط الذي يصيب الإنسان، و بالتالي نستطيع أن نفهم بشكل أفضل نوع اليأس المشاهد عند الأفراد الذين يعانون من مرض الإكتئاب".

و من خلال تجربته لمدة ثلاث سنوات في المستشفيات السيكاترية، لدراسة مرض الإكتئاب توصل إلى أن الإنسان يسلك نفس مسلك الحيوان في سلوكه نحو اليأس و القنوط.

غير أن نظريته عن التناظر، القائم بين الإكتئاب و اليأس و العجز المتعلم، تعرضت إلى النقد من قبل زميله غوجنهايم Guggenheim الذي انحصر في نقطتين هامتين هما:

1- إن التعرض إلى حوادث خارجية سيئة، تصعب السيطرة عليها لا يؤدي حتما إلى الإكتئاب أو اليأس.
2- إن نظرية العجز المكتسب، لا تفسر فقدان إعتبار الذات، غالبا ما نراه عند مرض الإكتئاب.

لقد أثار هذا النقد حوافز سليجمان Seligman ليعيد النظر من جديد في نظريته حول تفسير أسباب فشل الفرد على السيطرة على الحوادث السلبية.

فتوصل إلى أن كل فرد له طريقة خاصة به في تفسير الحدث السيئ، و يتم تفسيره على أساس أشياء ثابتة و غير مستقرة، فإخفاق الشخص في إنجاز موقف معين قد يؤدي به إلى تأنيب نفسه لهذا الإخفاق و قد يعممه في مجالات أخرى من حياته.

أما في حالة نجاحه في إنجاز موقف معين فإنه يصدر أحكاما يؤولها إلى عوامل خارجية كالصدفة، أو تدخل أشخاص آخرين في نجاحه أو إصدار توقعات سلبية مثلا : "لن يطول هذا النجاح طويلا".

فحسب سليجمان Seligman الأفراد الذين يميلون إلى تفسير الحوداث السيئة انطلاقا من أحكام داخلية ثابتة و شاملة هم أكثر الأفراد تعرضا للإكتئاب عندما تلم بهم المصائب و تعترضهم الصعوبات و الشدائد. (محمد الحجار، 1989)

3-4- الإتجاه البيولوجي :

يركز هذا الإتجاه إهتمامه بالعامل الوراثي، المسؤول عن إنتقال الإكتئاب عن طريق الجينات المتعددة، فالظهور المبكر لهذا الإضطراب معناه أن نوعه "مشبع بالعامل الوراثي" بينما يكون هذا الأخير ضعيفا إذا ما ظهر الإكتئاب بعد سن الخمسين.

و قد بينت التقنيات العلاجية العصبية، أن التغيرات التي تطرأ على تصنيع الأمينات الدماغية، و مستوياتها، و إستقلابها كالدوبامين Dopamine، السيروتونين Sérotonine والنورأدرينالين Nor Adrénaline، أي المواد العصبية الناقلة تلعب دورا هاما في حدوث الإكتئاب.

و قد دلت معظم الدراسات و الأبحاث على وجود إفراط في النشاط القشري الكظري الستيرويدي عند الأفراد المصابين باضطرابات مزاجية كالإكتئاب و ارتفاع مستوى الكورتيزول.

و قد أثبت كل من كوبن Coppen وجماعته 1966، وجود إضطراب في الصوديوم و البوتاسيوم في الإكتئاب الذهاني، أي زيادة الصوديوم داخل الخلايا، و يستوي بعد الشفاء، أما البوتاسيوم فتنخفض نسبته داخل الخلايا (نتيجة لزيادة الصوديوم) إلى مادون المستوى المعتدل. (محمد الحجار، 1989)

4-4- الإتجاه المعرفي :

يركز هذا الإتجاه على أهمية النشاط الذهني، و دوره في نشأة الإضطرابات الوجدانية، و حسب باك Beck 1979، يرى أن الأشخاص المكتئبون يحملون مدركات معرفية غير واقعية في تفسير الحوادث اتجاه ذواتهم و محيطهم.

و هذه الصفة أطلق عليها الباحث اسم المخطط الذي يعتبره كمحتوى مركب من مجموعة من المعارف و المعلومات غير المنطقية محصلة من التجارب السلبية السابقة و التي يتم تخزينها في الذاكرة طويلة المدى المشبعة بالأفكار و الأحكام الخاطئة الراجعة إلى مفاهيم الفقدان، العجز، الفشل، عدم القدرة على التكيف، و هذا ما يعطي الصبغة التشاؤمية الإكتئابية في تفسير الحدث الذي يعيشه الفرد. (Lonescu. S, 2000)

و تظهر هذه التشوهات الإدراكية عند الفرد المكتئب على شكل مجموعة من الأخطاء المنطقية المختلفة منها :

- الإستنتاج الإعتباطي : (Inférence arbitraire)

و يعد الخطأ المنطقي الأكثر شيوعا و ترددا عند الشخص المكتئب، حيث يشمل إستدلالات و إستنتاجات غير منطقية في تفسيره لمختلف المواقف و الوضعيات التي يعيشها كأن يعتقد الشخص أن سوء حظه هو الذي جعل الطقس مضطربا، عندما خطط للخروج في نزهة من أجل الإستمتاع و المرح.

- التجريد الإنتقائي : (Abstraction Sélective)

في هذا النوع من الخطأ يستخرج المريض النتائج في غياب الأدلة الكافية بالتركيز على جزء ما من موضوع معين، دون الحصول على التفسير العام للوضعية كأن يلوم العامل نفسه عند فشل الآلة في العمل بالرغم من أنه ليس الوحيد الذي يعمل على هذه الآلة. (عبد الرحمان العيسوي، 1992)

- **التعميم المسرف : (Sur généralisation)**

يقوم الفرد المكتئب بتعميم إخفاقه على كل المواقف و الوضعيات اللاحقة نتيجة إخفاقه في مجال معين، كأن يعتقد الطالب أن ليس له أية قيمة على الإطلاق من جراء أدائه الرديء في أحد الإختبارات الفرعية البسيطة.

- **التضخيم و التصغير : (Majoration et Minoration)**

و يشمل هذا الخطأ المنطقي في إعطاء أهمية كبيرة للأحكام التقييمية الصادرة عن تفسير الإخفاقات و الأحداث السلبية، و التقليل من الأهمية في إدراك الحوادث السارة و الإيجابية.

- **الذاتية : (La personnalisation)**

و يعتمد هذا الخطأ المنطقي في تفسير الأمور من وجهة نظر شخصية، و الشعور بالتأنيب في تقدير العلاقات بين المواقف و الحوادث السلبية.

و يتضمن المخطط الإكتئابي في نظر باك Beck ثلاثية معرفية تعد النواة الأساسية للإكتئاب، حيث يشمل :

- النظرة السلبية للذات : فالمكتئب ينظر إلى نفسه على أنه فرد غير كفؤ، و غير قادر على الوصول إلى تحقيق السعادة.

- النظرة السلبية للعالم الخارجي : ينظر المكتئب إلى العالم الخارجي على أنه مليء بالعراقيل التي تعيق مساره في إنجاز مشاريعه المستقبلية.

- النظرة السلبية للمستقبل : إن المكتئب غير متفائل بما ينتظره في المستقبل إلى درجة أنه لا يرى حل للوضعية المشكلة التي يعيشها. (Lonescu. S, 2000)

5- طرق علاج الإكتئاب:

5-1- العلاجات الكيميائية :

و تعد هذه العلاجات ضرورية لبعض الحالات الإكتئابية منها :

- مضادات الإكتئاب : (Les antidépresseurs)

و هي أدوية تستعمل في تعديل المزاج المكتئب و تنقسم حسب تركيبها الكيميائي إلى:

أ. معيقات خمائر التأكسد الأحادية الأمينات. (I.M.A.O)

ب. المركبات الثنائية.

ت. المركبات الثلاثية.

ث. المركبات الرباعية.

ج. أملاح الليتيوم.

- معيقات خمائر التأكسد الأحادية الأمينات : (I.M.A.O)

تؤدي هذه العقاقير إلى تهييج النشاط النفسي الحركي، و تمارس مفعولا مضادا للإنهيار و ذلك عن طريق تأديتها إلى إعاقة خمائر التأكسد و إلى زيادة كميات الكاتيكولامينات الحرة في الجهاز العصبي المركزي و في الأعصاب المحيطة، وينجم عن هذا زيادة الحوامض الدهنية الحرة في الدم.

- المركبات الثنائية :

لا تزال الأبحاث جارية حول تحديد دور هذه المركبات، غير أنها أثبتت فعاليتها في مساعدة تجنب حدوث النوبات الإكتئابية و من هذه العقاقير نذكر : الحامض الأميني المشارك في إنتاج الكاتيكولامين O.Phénilalamine و Endolphine أو المورفينات التي يفرزها الدماغ.

- المركبات الثلاثية :

و هي تعد أفضل مضادات الإكتئاب و أكثرها استعمالا و تلعب دورا هاما في التخفيف من حالات : الإكتئاب لدى المسنين، الحالات الإكتئابية المصاحبة لسن اليأس، الإنهيار العضوي الناتج عن تصلب الشرايين، الحالات الإكتئابية الناتجة عن التعرض للعلاج بالصدمة الكهربائية.

- المركبات الرباعية :

و تستعمل هذه العقاقير في الحالات التالية :

- حالات الإكتئاب المتأتي من الداخل : مرحلي و دوري.
- الحالات الإكتئابية التراجعية.
- الحالات الإكتئابية العصابية و الإرتكاسية.
- حالات الإكتئاب الإنهاكي.
- الإكتئاب المصاحب لسن اليأس. (محمد أحمد النابلسي، 1994)

- أملاح الليتيوم :

تتميز بمفعولها العلاجي لحالات ذهان الهوس الإنهياري، حالات الفصام، و السيكوباتية، كما تستخدم للوقاية من الإنتكاس. (Rouillon.F, 1999)

- المهدئات العصبية:

وتستعمل هذه العقاقير لإحداث التغيرات التالية :

- خفض إفرازات الجهاز العصبي، دون التسبب بشلله.
- خفض مستوى التفكير، و القدرة على ربط الأفكار دون التأثير في القدرات الذهنية.
- التخفيض من شدة الضغط النفسي و العصبي.
- لها مفعول مهدئ مثبط يختلف عن مفعول المنومات من حيث تأثيرها على مركز التنفس الدماغي.
- التخفيض من الإفراط في النشاط النفسي و الحركي و الإضطرابات العدائية.
- التقليل من الأعراض الذهانية، كالهلاوس و الهذاءات. (محمد أحمد النابلسي، 1994)

- **المنومات : (Les hypnotyques)**

و هي أدوية محرضة للنوم و تؤثر في جذع الدماغ إذ لها دور تثبيطي على مستوى الدماغ و تستعمل في حالات الأرق أو عدم القدرة على النوم في أول الليل، أو صعوبة استكمال النوم حتى الصباح، و نميز من بينها : l'hénothiazines و Benzodiazapine. (Scotta et Bougerol, 1983)

5-2- العلاج عن طريق النوم :

تستعمل هذه الطريقة العلاجية في المستشفى حيث يتم إثارة النوم عند المريض لعدة مرات في اليوم، و تستخدم في الحالات الإكتئابية الذهانية الدورية، و حالات الملنخوليا الشديدة.(Semon et Secheter, 1996)

5-3- العلاج المعرفي للإكتئاب :

هو عبارة عن علاج نفسي قصير المدى إذ تتراوح مدته حوالي 20 حصة و يتضمن حصة أو حصتين في الأسبوع، و بالتالي يدوم هذا العلاج من ثلاث إلى ست أشهر، حيث تستعمل فيه تقنيات معرفية و سلوكية، و يسمح العلاج المعرفي بتعديل الإعتقادات الفكرية الخاطئة التي يبنيها الفرد حول نفسه و العالم المحيط به، و بالتالي العمل على تغيير المفاهيم الخاطئة للمريض و التعرف على أفكاره غير المنطقية و نتائجها السلبية في تطوير السياق الإكتئابي عنده، و من ثم إعادة تشكيلها بأفكار عقلانية و واقعية.

و لقد ظهرت تقنيات علاجية متنوعة في إطار العلاج المعرفي، نذكر منها :

- **العلاج المعرفي لباك :Beck**

وهو يركز على المعارف اللفظية أو التصورية للمريض و على المؤشرات أو أنماط الإتجاهات التي تقوم عليها هذه المعارف بهدف تصحيح نمط التفكير لدى المريض و التعامل مع المشكلات و التخفيف منها عن طريق المشاركة العلاجية،

و اختزال المشكلة التي يعاني منها المريض و معرفة كيفية العمل على حلها. (عبد المعطي حسن مصطفى، 1998)

ففي الخطوة الأولى من العلاج يتم تحديد منطق مراحل البرنامج العلاجي للمريض.

و في الخطوة الثانية يتم الإعتماد على الإرشادات المنهجية و التمارين، قصد إبراز المعارف الإشكالية مثل : الإختلالات الإدراكية و أنماط التفكير غير المناسبة مع الواقع.

أما الخطوة الثالثة فيتم فيها إخضاع المعارف الإشكالية إلى التحليل، حيث يميز باك Beck ثلاثة أنواع من التحليل :

التحليل المنطقي :

و يعتمد فيه على إختبار المعارف إستنادا إلى الأخطاء المنطقية كالتعميم المفرط و التجريدات الإنتقائية و الأحكام التقييمية الإعتباطية.

التحليل الأمبريقي :

و يركز فيه على محاولة تطابق الفرضيات الضمنية للمريض مع المعطيات الواقعية.(محمد محروس الشناوي، 1991)

التحليل السببي :

و يتم فيه دراسة العواقب و النتائج العملية التي تحتويها فرضيات و قناعات المريض.

و على أساس هذه الخطوة التحليلية يعمل المعالج و المريض على إنجاز تقييمات و مواقف جديدة تمارس في مجالات تعليمية مختارة.

- **العلاج الإنفعالي المنطقي :**

يركز هذا النوع من العلاج الذي طوره إليس Eliss في خمسينات هذا القرن على النظرة الذاتية للإنسان، باعتبار أن هناك ارتباط بين العاطفة و العقل أو التفكير و المشاعر و يقدم هذا الباحث مجموعة من الأفكار حول الإضطرابات الانفعالية عند الإنسان و التي نلخصها في :

- إن الإضطراب الإنفعالي و النفسي هو نتيجة للتفكير غير العقلاني و غير المنطقي، و يصاحب الإنفعال التفكير و هذا الأخير يعد تفكير متحيز ذو طبيعة ذاتية و غير منطقي.
- ينشأ التفكير غير العقلاني في التعلم غير المنطقي المبكر و الذي يكون الفرد مهيئا له من الناحية البيولوجية، و الذي يكتسبه بصفة خاصة من والديه و المجتمع.

و في خلال عملية النمو، فإن الطفل يتعلم أن يفكر و أن يشعر بأشياء معينة بالنسبة لنفسه و للآخرين، و ترتبط بعض هذه الأشياء بفكرة (هذا حسن) فتصبح انفعالاته إنسانية إيجابية، بينما تلك التي ترتبط بفكرة (هذا سيء) تصبح انفعالاته سلبية، و تكون مشاعر مؤلمة فيها كالغضب و الإكتئاب.

إن استمرار حالة الإضطراب الإنفعالي نتيجة لحديث الذات لايتقرر بفعل الظروف و الأحداث التي تحيط بالفرد (الأحداث الخارجية فقط) و إنما يتحدد أيضا من خلال إدراكات الفرد لهذه الأحداث و اتجاهاته نحوها. (محمد محروس الشناوي، 1991)

كما يعتمد هذا النوع من العلاج على تحقيق مجموعة من الأهداف، نميز منها:

- الكشف عن التقديرات و القناعات و التقييمات غير المناسبة.
- تطوير أنماط تقييم جديدة.
- ينبغي تطبيق أنماط التقييم الجديدة في المواقف المشكلة المختلفة، و تتضمن هذه الطريقة العلاجية ثلاث أطوار مختلفة :
- تحليل الذات المنطقي.

- تمارين الخيال الإنفعالي المنطقي و تدريب السلوك، و في العلاج يتم بشكل ملموس بهدف أن يتمكن المريض من تبني الإجراء و استخدامه في المستقبل في مشكلات جديدة، و يتم التشجيع على المشاركة القوية للمريض أي هناك تمارين سلوكية مخصصة. (سامر جميل رضوان، 1999)

6- مميزات العلاج المعرفي للإكتئاب :

يتميز العلاج المعرفي بمجموعة من الخصائص نذكر منها :

- استخدام طرق تساعد المريض على التعرف على تفكيره الشخصي و أن يتعلم طرقا أكثر واقعية لصياغة خبراته.
- يقوم العلاج المعرفي على الفكرة القائمة حول ما يفكر به الفرد حول نفسه و اتجاهاته و آرائه و التي تعد عناصر هامة لها صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض.
- يركز هذا العلاج على مفهوم الذات و الذي يدور حول طبيعة الإستجابة الإنفعالية أو الإضطراب الإنفعالي للشخص و الذي يتوقف على إدراكه للأحداث على أنها إضافة أو حدث أو اصطدام بالنسبة لمجاله الشخصي، الذي يتألف بجملة من الأشياء التي يعطيها أهمية خاصة، و في قلب مجاله الشخصي توجد الذات. (حامد عبد السلام زهران، 1988)
- التركيز على الأفكار التي تنطبق على المريض في تفسيره للحدث، و هذه الأخيرة تتمركز حول الذات التي تحل محل الأحكام الموضوعية.
- الإضطرابات الإكتئابية مصدرها ناتج عن عدم الإتفاق بين النظام الداخلي أو كما يقال النظام المعرفي (العقلي) و المثيرات الخارجية.
- تصحيح نمط التفكير لدى المريض، بحيث تصحح له صورة الواقع في نظره و يصبح له تفكيرا منطقيا.
- العلاقة بين المعالج و المريض تتصف بالتعاون و التقبل و المشاركة الوجدانية.
- يعمل على خفض المشكلات من خلال التعرف عليها بالإضافة إلى مشاركة

المريض في حل مشكلاته و أن يتعلم بدوره كيفية حل المشكلات التي تعترضه في حياته. (محمد محروس الشناوي، 1991)

7- فعالية العلاج المعرفي للإكتئاب :

يعد العلاج المعرفي للإكتئاب من أهم الطرق العلاجية التي أثبتت فعاليتها في علاج هذا الإضطراب، و قد أكدت نتائج العديد من الدراسات أن فاعليته توازي على الأقل فاعلية العلاج بالعقاقير إلى جانب استمرار فاعليته على المدى الطويل، حيث يقلل بدرجة كبيرة من معدلات حدوث انتكاسه بعد انتهاء البرنامج العلاجي، و يمكن أن نستعرض من خلال ذلك أهم البحوث التجريبية و الدراسات التطبيقية الحديثة التي تم إجراؤها في ضوء هذا الإتجاه العلاجي، و ذلك خلال السنوات العشر الماضية.

حيث تناول صلاح الدين عراقي 1991 العلاج المعرفي على طلبة جامعيين و تم اختيار عينة الدراسة من بين الطلاب الذين حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس باك Beck للإكتئاب، ثم قام بتقسيم العينة المختارة إلى أربع مجموعات، تتضمن كل منها عشرة طلاب (مجموعتين تجريبيتين إحداهما للذكور و الأخرى للإناث، و كذلك الحال بالنسبة للمجموعتين الضابطتين).

و طبق على المجموعتين التجريبيتين برنامجا علاجيا استغرقت جلساته إثنا عشر أسبوعا بمعدل جلسة واحدة أسبوعيا و تم التركيز في جلسات البرنامج العلاجي منذ البداية على إقامة علاقة تعاونية بين المعالج و العميل، التعريف بالعلاج، الواجبات المنزلية، تسجيل الأفكار المختلفة وظيفيا، إعطاء العملاء سجل توضع فيه الأساليب التي تم إجراؤها للتغلب على المشكلات، دراسة المشكلات و اختزالها، استعراض المواقف المسببة للإنفعالات الصعبة، إستنباط الأفكار المتعلقة بالحزن، تسجيل التشوهات المعرفية الشائعة، و الأحداث المهمة فيها، تسجيل الأفكار التي ترتكز على: "يجب" و مناقشتها، استعراض التفسيرات البديلة و مناقشة الأهداف المستقبلية.

و بعد مرور شهرين على انتهاء البرنامج العلاجي، دلت النتائج على انخفاض الأعراض الإكتئابية لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين و لم تظهر فروق دالة بين الذكور و الإناث من المجموعتين التجريبيتين كما أسفرت نتائج الدراسة التتبعية على استمرار التحسن و زوال الأعراض الإكتئابية.

و أجرى بورنز Burns و نولين Nolen 1992، دراسة على عينة من المرضى الذين يعانون من اضطرابات وجدانية منهم 168 مريضا مصابا بإكتئاب حاد و إكتئاب بسيط و إكتئاب مزدوج أي يجمع بين البسيط و الحاد معا، 89 مريضا يعانون من اضطراب إكتئابي خالص، 79 مريضا يعانون من تلازم مرضي الإكتئاب و القلق، حيث تم تقسيم هذه العينة إلى مجموعتين ضمن الأولى 68 مريضا تلقوا برنامج العلاج المعرفي إلى جانب العلاج بالعقاقير، و 98 مريضا تلقوا برنامج العلاج المعرفي، و استغرقت الكفالة العلاجية إثنتي عشر جلسة بواقع جلسة واحدة في الأسبوع و تم خلالها استخدام فنيات المناقشة، و مراقبة الذات، و إعادة البناء المعرفي، و الواجبات المنزلية، و أوضحت النتائج على عدم وجود فروق دالة في درجة التحسن بين المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي فقط و المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي إضافة إلى العلاج بالعقاقير المضادة للإكتئاب.

ولإثبات فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لمرضى الإكتئاب منخفضي الدخل المترددين على العيادات الخارجية بالمستشفى قام الباحث أورجانيستا Organista و آخرون 1994 بدراسة على عينة تضمنت 175 مريضا **خضعوا** للبرنامج العلاجي الذي دام 12 أسبوعا، حيث أسفرت النتائج على وجود نقص دال في متوسط درجات المرض على مقياس باك Beck للإكتئاب قبل و بعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي، مما يدل على حدوث تحسن لدى هؤلاء المرضى.

يتضح لنا من خلال نتائج الدراسات السابقة فعالية العلاج المعرفي للإضطرابات الإكتئابية إجمالا، حيث كشفت عن انخفاض حدة الأعراض لدى المرضى بعد العلاج و ربما اختفائها تماما في بعض الحالات، و قد يرجع ذلك إلى أن هذا

الأسلوب العلاجي بما يضمه من إستراتيجيات فنية كالمناقشة و مراقبة الذات و إعادة البناء المعرفي و التدريب على الإسترخاء و الواجبات المنزلية و التركيز في التعامل خاصة مع الأفكار و المشاعر و الإنفعال ، و يؤدي نجاح تنفيذ هذا العلاج حتما إلى حدوث التعديل و التغيير السلوكي المرغوب، مما يجعل الفرد قادرا على استعادة تكيفيه و توافقه من جديد. (عادل عبد الله محمد، 1999)

8- الإكتئاب و السرطان :

لقد حاولت العديد من الدراسات و البحوث التجريبية الكشف عن العلاقة أو مدى الترابط الموجود بين الحالة النفسية للمريض المصاب بالسرطان و تأثير هذا الأخير على مختلف الميكانيزمات و الإستجابات التي يبديها المريض اتجاه هذه الإصابة الجسدية الخطيرة .

و من المعلوم أن النظام العام لجهاز المناعة هو الدفاع عن الجسم ضد الأمراض عن طريق تصدي الخلايا المناعية من نوع (ت.T) للخلايا السرطانية و مقاومة تكاثرها الفوضوي و نموها و كان هذا محط دراسة قام بها سليجمان Seligman 1980 حول التعرف عن العلاقة بين استجابة الفرد للمواقف المتوترة كالإصابة بالسرطان، حيث أجرى دراسة على 69 إمراة تعرضن لاستئصال الثدي و طلب منهن الإفصاح عن نظرتهن إلى طبيعة المرض و تهديديه، و الصورة التي سيؤثر بها على حياتهن و بعد خمس سنوات اتضح لهذا الباحث أن 75 % من هؤلاء النساء اللواتي واجهن هذه الإصابة بكل تحدي و معنويات نفسية عالية ظللن على قيد الحياة و لم يعاودهن السرطان مرة أخرى، و أن 35% فقط من النساء اللواتي قبلن هذه الإصابة المرضية قبولا يائسا سلبيا أبدين ميكانيزمات متواترة للإكتئاب و مشاعر ذنب ذات قاعدة وسواسية تمرضية و توصل سيلجمان Seligman أن هذه الميولات الإكتئابية هي التي ساهمت في إضعاف إمكانيات و قدرات الجسد على مقاومة المرض و التصدي له و كأنها تسلبه المناعة الذاتية. (محمد الحجار، 1989)

أما دراسة بيار مارتي Pierre Marty 1988 على عينه تضم 51 إمراة من الفئة العمرية 35-45 سنة، لاحظ مارتي أن 45 % من المصابات تعانين من أعراض إكتئابية كامنة، و31% منهن تعانين من إكتئابات من نمط أساسي بالإضافة إلى ارتفاع شدة القلق، والتي تقدر نسبتها بـ 59 %.

و قد لاحظ البروفيسور برآنت. ج Bréhant.G 1976 من خلال بحوثه التجريبية مع المرضى المصابين بالسرطان في الوسط الذي اشتغل فيه في مركز بيار و ماري كوري بمستشفى مصطفى باشا بالعاصمة، أن أغلب المرضى يقدمون أحسن ميدان لملاحظة ردود فعل و استجابات المريض المصاب بالسرطان، حيث حدد أهم مواقف المريض التي تتمثل في :

- العدوانية :

أمام هذا الإلتباس و الغموض من خلال وعي المريض بحالته الميئوس منها و مع إدراكه لإقتراب الموت، يصبح عدوانيا ضد محيطه كما لو كان يريد أن يحمله مسؤولية مرضه، و كأنه يعاقبه فيلاحظ عليه الغضب و الهيجان ضد الطبيب لكونه أخفق في علاجه أو ضد الممرضة لكونها لم تعتني به كفاية ... الخ.

و قد تظهر هذه العدوانية أيضا اتجاه الأقارب و الأصدقاء لأنهم يتمتعون بصحة جيدة و لا يمدونه بكل الرعاية اللازمة فتزداد شكاويه و احتياجاته و غيرته و غضبه، حينئذ يعبر عن عدوانيته بالتمرد و الشتم التي قد تصل إلى رفض العلاج.

- التقبل و الإستسلام :

يمر المريض بفترات هادئة تتميز بمواقف القبول و التنازل و اللامبالاة، و ذلك بعد أن يسيطر على قلقه و يقنع نفسه بأنه لا جدوى من عدوانيته وتمرده، و أن عليه أن يرضى بقدره مقتنعا بذلك بفضل مساعدة المحيط له. (Bréhant. J, 1976)

خلاصة :

يلعب الإكتئاب دورا أساسيا في اختلال الصحة النفسية للفرد نتيجة تعرضه للعديد من الصعوبات الإنفعالية التي يصادفها في حياته اليومية و التي تمثل بمجملها أشكالا شتى من اليأس و الحزن.

و ليس من الصعب تصور الحالة الإكتئابية التي يعاني منها المريض المصاب بالسرطان نتيجة عوامل عديدة تساهم في تعزيز هذا الإضطراب الوجداني لديه كخضوعه للمرحلة الإستشفائية، تطورات المرض، تبعيته الكلية للطاقم العلاجي و محيطه العائلي في تلبية أبسط حاجاته الأساسية، الإبهام المستمر في كل ما الفريق الطبي بصدد فعله، خضوعه للنظام الدوائي المستمر.

و هذا من شأنه يحدث تحولا سلبيا في نوعية الحياة لدى المريض، بما فيها اختلال نشاطاته الأدائية الإعتيادية، إضطراب حياته المهنية، العاطفية، الإجتماعية، مما يولد إنعكاسات إنفعالية سلبية ناجمة عن هذه الإصابة المرضية الخطيرة المهددة للسير العادي لحياة المريض.

و تعد الكفالة العلاجية النفسية مطلبا ضروريا للتخفيف من آلام و معاناة المريض بالسرطان، كما أن العلاج المعرفي الذي يركز على انفعالات و أفكار المريض و استجاباته و مشاعره إزاء وضعه المرضي يسمح له بالتخفيض من ضغطه الإنفعالي، و تحسن حالته النفسية التي بدورها تنعكس على صحته الجسدية.

الجانب التطبيقي

الفصل السابع

منهجية البحث.

- **تمهيد.**

1- مكان إجراء البحث.

2- المنهج المستخدم في البحث.

3- الدراسة الإستطلاعية.

4- النتائج الإستطلاعية

5- وصف عينة البحث

6- أدوات البحث.

7- طريقة إجراء البحث.

8- تقنيات المعالجة الإحصائية.

تمهيد :

اتضح من تتبع محاولات الإنسان في دراسة الظواهر الطبيعية أن الكثير من الباحثين لم يقنعوا بمجرد اتباع قواعد الإستنتاج المنطقي أو الفلسفة التأملية في الوصول إلى الحقائق، فاتجهوا مباشرة إلى التجريب في محاولة الإجابة على الأسئلة أو تفسير المشكلات التي تواجههم و بدا لهم أن وسائل التجريب و الإستقراء هي أكثر المناهج العلمية صلاحية في وصف الظواهر الطبيعية و التنبؤ بها و في تنمية المعرفة العلمية. (حلمي المليجي، 2000)

و تجدر الإشارة إلى أن علم النفس يشارك العلوم الطبيعية في أهدافها و طرائقها العامة و القوانين الأساسية لعملية التجريب، التي تشمل تحديد بعض الشروط المضبوطة و قياس بعض الجوانب المختارة من السلوك المراد دراسته، و التوقع منه بعض الإستجابات المعنية، غير أن هناك فروقا بين العلوم الطبيعية و العلوم الإجتماعية، باعتبار هذه الأخيرة تعتمد دراستها على الظواهر المعنوية اللامادية، و الملاحظة الإجتماعية الراهنة، و التركيز على الكثير من الأمور النفسية التي ترجع إلى الشعور الشخصي و هذا الأمر يستخلص و لا يحس به، كما أن الظاهرة الإجتماعية أقل قابلية للتكرار و لذلك من السهل دراستها و التعميم عليها و ضبطها في قوانين كمية.

أما الأحداث النفسية و الإجتماعية فلا تتكرر واحدتها على النمط نفسه مرتين، باعتبار أن لكل حادثه نفسية فردا نيتها المميزة بالرغم من عموميتها و ثباتها. (فاخر عاقل، 1988)

1 - مكان إجراء البحث:

بغرض الإقتصاد في الوقت، قمنا بإجراء الدراسة الحالية بمصلحة أورام السرطان بمركز بيار و ماري كوري بمستشفى مصطفى باشا الجامعي الواقع بالجزائر العاصمة، بالإضافة إلى مصلحة أورام السرطان قسم الجراحة المختص في معالجة السرطان في مستشفى زعبانة الواقع بالبليدة.

و قد تم انتقاء عينة البحث التجريبية (الأشخاص المصابين بالسرطان) من الأقسام التالية :

- قسم جراحة الرجال.
- قسم جراحة النساء.
- قسم أمراض الثدي.
- قسم أمراض الرئة.
- قسم أمراض الجهاز الهضمي.

2- المنهج المستخدم في البحث :

الباحث الذي يرغب في الوصول إلى نتائج علمية و الحصول على أوصاف دقيقة للظواهر و الحوادث التي يدرسها و الظروف التي تحيط بها قصد الإجابة على الأسئلة التي يطرحها في إشكالية بحثه، يسعى إلى استعمال المنهج الوصفي كمطلب أساسي الذي يعد ركنا هاما من أركان البحث العلمي. (فاخر عاقل، 1988)

و قد اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي الذي يشمل تقرير خصائص موقف معين أي وصف العوامل الظاهرة عن طريق حصول الباحث على المعلومات الناتجة عن استخدام مختلف الوسائل في جميع البيانات و التعبير عنها، و الفئات العامة التي قد تصنف تحتها الدراسات، باستعمال الطرق الإرتباطية التي تهدف إلى استكشاف حجم

و نوع العلاقات بين البيانات أي إلى أي حد ترتبط المتغيرات في عامل واحد مع متغيرات في عامل آخر، و قد ترتبط المتغيرات مع بعضها البعض ارتباطا تاما أو ارتباطا جزئيا موجبا أو سالبا، ذو دلالة إحصائية أو يرجع إلى الصدفة...إلخ.

و هكذا تعتبر طريقة الإرتباط ذات القيمة في تحليل السبب و الأثر.

و لكنها تبين في صورة كمية إلى أي حد يرتبط متغيران، كما أنها لا تتضمن بالضرورة أنه توجد علاقة سبب – أثر.

ويمكن التوصل إلى تفسير معنى العلاقة عن طريق التحليل المنطقي أكثر من التقدير الكمي.

و يمكن تقديم عرض مختصر للخطوات المقدمة في المنهج الوصفي :

- فحص الموقف المشكل و دراسته دراسة وافية.
- تحديد المشكلة المراد دراستها و تقرير فروضها.
- تدوين الإفتراضات و المسلمات بناء على ملاحظات الباحث.
- إختيار المفحوصين المناسبين و تعيين مواضيع فحصهم.
- تحديد طرق جمع البيانات المراد الحصول عليها.
- التحقق من صلاحية الأدوات المستخدمة في جمع البينات و صدقها.
- إعداد فئات لتصنيف البيانات على استخراج المشابهات أو الإختلافات أو العلاقات الهامة. (عبد الفتاح دويدار، 1999)

3- الدراسة الإستطلاعية :

يعد البحث الإستطلاعي من المراحل الأولى لكل دراسة علمية لمشكلة معينة، حيث تساعد الدراسة الإستطلاعية في الكشف عن التغيرات التي قد تكون لها علاقة أو إرتباط بمتغير معين، بالإضافة إلى تأكد الباحث من سلامة المنهج المتبع في دراسته و كذا معرفة صلاحية وسائل القياس المستخدمة في بحثه. (حلمي المليجي، 2000)

و بفضل قيامنا بهذه الدراسة الإستطلاعية على مجموعة من المفحوصين بمركز مكافحة السرطان ببيار و ماري كوري المتواجد بمستشفى مصطفى باشا الجامعي بالجزائر العاصمة، و لقد سمحت لنا الدراسة ببناء إشكالية البحث و إجراء تعديلات في صياغة فرضيات البحث، و التأكد من سلامة المنهج المتبع و اختبار الأدوات الميدانية و دراسة مدى ثباتها و صدقها في قياس المتغيرات التي نحن بصدد دراستها، حيث تمكنا من تطبيق مقياس الإكتئاب و الضغط النفسي و مقياس الصعوبات الطبية و السند الإجتماعي، و التأكد من مدى توافق هذه الأدوات مع متطلبات موضوع دراستنا.

و يمثل الجدول رقم 1 العينة الإستطلاعية:

الولايات	السن	الجنس	موقع الإصابة
الشلف	42	ذكر	سرطان الكلى
الأغواط	40	ذكر	سرطان الأنف
جيجل	48	ذكر	سرطان الكلى
بجاية	50	أنثى	سرطان الثدي
تيزي وزو	52	ذكر	سرطان المعدة
بومرداس	46	أنثى	سرطان الثدي
تيبازة	53	أنثى	سرطان الثدي
سطيف	42	أنثى	سرطان الرحم
باتنة	53	ذكر	سرطان البروستات
الجزائر	51	ذكر	سرطان الرئة
بجاية	47	أنثى	سرطان الثدي
تيزي وزو	48	ذكر	سرطان الرئة
جيجل	55	أنثى	سرطان الرحم
سطيف	37	أنثى	سرطان الثدي
الجزائر	52	أنثى	سرطان الرئة

يتضح من خلال الجدول رقم 1 ما يلي:

1- **العمر :** يتراوح ما بين 40 إلى 55 سنة، مرحلة الرشد.
2- **الجنس :** يتكون من 15 مصابا بورم السرطان من مختلف ولايات الوطن، يتابعون الفحوصات و التقنيات العلاجية بمصلحة الطب و الجراحة بمركز بيار و ماري كوري، تتكون العينة الاستطلاعية من 7 ذكور و 8 إناث.

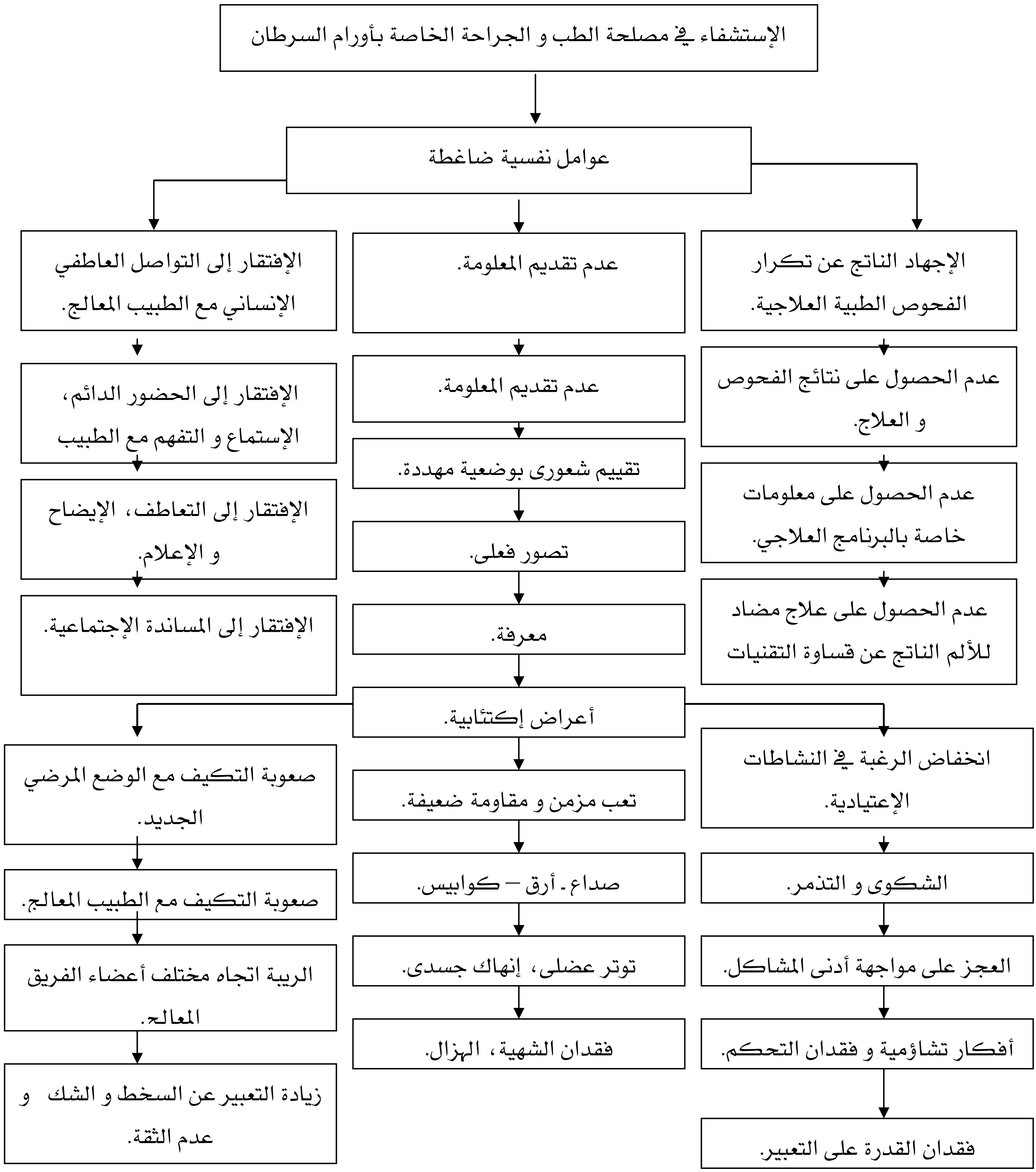
4- النتائج الإستطلاعية :

تم الإستنتاج من الدراسة الاستطلاعية أن هناك علاقة بين الإصابة بأمراض السرطان و الحالة النفسية لدى الراشدين الخاضعين للإستشفاء.

و هذه العلاقة تظهر في حالة التوتر و الضغط النفسي التي يعيشها هؤلاء المرضى بالسرطان بالإضافة إلى ظهور بعض الإضطرابات النفسية الناتجة عن علاقتهم بالطبيب المعالج لهم و مختلف أفراد الطاقم الطبي، كما لا يمكن التجاوز عن ظهور بعض الإضطرابات في السلوك كالشكاوي، التذمر، الإستجابات العدوانية و الإحساس بالنقص أمام الآخرين مع التدهور في الشهية و اضطرابات النوم، و هذا من جراء نقص في الإتصال الإجتماعي مع الطبيب المسؤول عن علاجهم و أفراد محيطهم العائلي بالإضافة إلى قساوة التقنيات العلاجية و الفحوص الطبية المتكررة، و في بعض الأحيان الإصابة العضوية تتطلب القيام بعملية جراحية لكي يتم استئصال الورم السرطاني.

و من خلال نتائج هذه الدراسة الإستطلاعية توصلنا إلى أن هناك عدة مشاكل نفسية يعاني منها المرضى الراشدين المصابين بالسرطان و التي نميز منها حالات التوتر و الضغط و الأعراض الإكتئابية المصاحبة.

الشكل رقم 2 : يوضح عملية التأثير و التأثر بين العوامل النفسية الضاغطة و الإضطرابات النفسية الظاهرة عند المريض بالسرطان:



5 - وصف عينة البحث:

تضم عينة البحث 40 فردا، تم إختيارهم وفقا للشروط التالية :

السن: و يتراوح ما بين 30 و 54 سنة، أي مرحلة الرشد، حيث يتميز المفحوص فيها بمستوى من النضج العقلي، مما يسهل علينا كيفية التعامل معه و تطبيق المقاييس، كما أن نسبة الإصابة بالسرطان عالية في هذه الفترة العمرية.

المرض: لكي ينتمي كل فرد إلى عينة بحثنا يجب أن يكون مصابا بمرض السرطان و هو في حالة استشفاء، لا نراعي هذا التقييد بنوع السرطان المحدد.

6- أدوات البحث:

اعتمدنا في الدراسة الحالية على بطارية من الإختبارات اشتملت على مقياس باك Beck للإكتئاب و استبيان إدراك الضغط للفينستاين perceived stress index Levensteinو استبيان الصعوبات الطبية و السند الإجتماعي.

6-1- مقياس باك Beck للإكتئاب :

هو عبارة عن مقياس وضعه الإكلينيكي الأمريكي باك Beck تحت اسم مقياس الإكتئاب لـ Beck (BDI) (Beck Depression Inventory) و هو مقياس يزود الباحث و المعالج بتقدير سريع و صادق لمستوى الإكتئاب لدى المفحوص.

نشر هذا المقياس لأول مرة سنة 1961 في صورته الأصلية و التي تتكون من 21 مجموعة من الأعراض، حيث تتكون كل مجموعة من سلسلة متدرجة من أربع عبارات، تعكس مدى شدة الإضطراب، و لقد استخدمت أرقام تتدرج من 0 إلى 3 لتعكس درجة هذه الشدة.

كما تم اختيار هذه الدرجات بعد ملاحظات عيادية منظمة و مكثفة للمظاهر الواضحة للإكتئاب.

و يتكون المقياس في صورته الحالية من 13 مجموعة من العبارات و تعد الصورة المختصرة للمقياس الأصلي، و قد أعدت الصورة الجديدة من طرف واضع المقياس نفسه باك Beck حيث تبين ارتباط هذه الصورة بمعامل الإرتباط قدره 0,96.

و تمثل العبارات المدرجة في المقياس في صورته الحالية فيما يلي:

1 ـ الحزن.
2 ـ التشاؤم.
3 ـ الشعور بالفشل.
4 ـ عدم الرضى.
5 ـ الشعور بالذنب.
6 ـ عدم حب الذات.
7 ـ إيذاء الذات.
8 ـ الإنسحاب الإجتماعي.
9 ـ التردد.
10 ـ تغيير صورة الذات.
11 ـ صعوبة العمل.
12 ـ التعب.
13 ـ فقدان الشهية. (غريب عبد الفتاح غريب، 1985)

و هذه العبارات تعطي جميع أعراض الإكتئاب بصورة شاملة، و تركز في الوقت نفسه على المحتوى المعرفي.

6-1-1- مميزات مقياس باك Beck:

يمكن تلخيص مميزات مقياس Beck في العناصر التالية :

- أعد لقياس الإكتئاب و ليس أي إضطراب آخر.
- تسهل الإجابة عليه من طرف المفحوص.
- لا يتطلب مهارات و كفاءات عالية من الفاحص.
- أكثر اتصالا بالتعريف الإكلينيكي للإكتئاب الذي يرتبط بالنظرية المعرفية لـ Beck.
- يساعد في الحصول على درجات كمية عند قياس الإكتئاب بحيث يكمل هذا التقدير، التقدير الإكلينيكي.
- يمكن استخدامه في الدراسات المقارنة.
- يستخدم بغرض التشخيص و اختبار مدى فعالية العلاج.
- يرتبط بالنظرية المعرفية التي انحدر منها.
- له معامل صدق و ثبات عاليين بإجماع مختلف الدراسات التي أجريت حول صلاحيته.

6-1-2- كيفية تطبيق المقياس :

إن مقياس Beck للإكتئاب قابل للتطبيق الفردي و الجماعي، إذ تحتوي كراسة الأسئلة الخاصة بالمقياس على تعليمات مفصلة توضح كيفية الإجابة، و كيفية تسجيلها على نفس الكراسة.

فإذا طبق المقياس بشكل فردي يطلب الباحث من المفحوص قراءة التعليمات الواردة في كراسة الأسئلة تم البدء في الإجابة، أما إذا طبق المقياس بشكل جماعي في هذه الحالة يطلب من المفحوص بعد أن يكون قد وزع عليهم كراسات الأسئلة التي تتضمن اسم العميل، سنه، مستواه التعليمي و تاريخ الإجابة، أن يقرؤوا التعليمات لأنفسهم في الوقت الذي يتولى فيه الباحث قراءة التعليمات بصوت مرتفع حتى يزول الغموض أو الالتباس. (غريب عبد الفتاح غريب، 1985)

و ليس هناك زمن محدد للإجابة على المقياس، و لكن لا ينبغي للباحث أن يخبر المفحوص بهذا ما لم يسأل عن الزمن المحدد للإجابة.

6-1-3- طريقة تصحيح المقياس :

يتكون المقياس من ثلاثة عشر مجموعة من العبارات تتكون كل مجموعة من أربعة عبارات متدرجة من (0) إلى (3).

و للوصول إلى الدرجة الكلية في المقياس يتم جمع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في المجموعات الثلاثة عشر، إذ تتراوح الدرجات على المقياس بين 0 و 39 و هي أعلى درجة للإكتئاب.

لا يتبع مقياس Beck الطريقة الكلاسيكية بتحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية، و إنما الأسلوب المتبع في تقدير حدة الإكتئاب هو أسلوب الدرجات الفاصلة كما يوضحه الجدول التالي :

جدول رقم 2: يوضح تقدير درجة الإكتئاب و مدلولها بإستخدام مقياس Beck.

درجة الإكتئاب	مدلول درجة الإكتئاب
0 – 4	لا يوجد إكتئاب
5 – 7	إكتئاب معتدل
8 – 15	إكتئاب متوسط
16 فما فوق	إكتئاب حاد

على العموم تشير الدرجة التي تتراوح بين 0 و 4 إلى عدم وجود إكتئاب، و الدرجة التي تتراوح بين 5 و 7 إلى وجود إكتئاب خفيف، في حين تشير الدرجة التي تتراوح بين 8 و 15 إلى وجود إكتئاب متوسط.

أما ابتداء من الدرجة 16 فما فوق فنقول أن المفحوص يعاني من إكتئاب حاد. (غريب عبد الفتاح غريب، 1985)

قمنا بدراسة ثبات المقياس على عينة بحثنا و تم حساب ثبات المقياس بحساب معامل الإرتباط بيرسون، و ذلك على طريقة إعادة الإختبار، حيث قمنا بتطبيق المقياس على عينة تحتوي على 14 فردا لها نفس خصائص عينة بحثنا الأصلية، و سجلنا نتائج التطبيق الأول ثم بعد 15 يوم أعدنا التطبيق الثاني، ثم قمنا بحساب معامل الإرتباط بين نتائج التطبيقين :

التطبيق (1) : X.

التطبيق (2) : Y.

N: عدد أفراد العينة.

R: معامل الإرتباط.

و بما أن البيانات كمية و مستوى القياس مسافات، وعدد أفراد العينة 14 فلقد اعتمدنا على معامل ببيرسون R.

فتحصلنا على معامل إرتباط R= 0.86

بما أن R= 0.86 علاقة قوية إذن معامل الإرتباط دال إحصائيا،

و بالتالي فإن المقياس ثابت.

6-2- إستبيان إدراك الضغط لـ ليفينستاين Levenstein و آخرون (1993) :

وضع هذا الإستبيان من طرف ليفينستاين Levenstein و آخرون 1993 لقياس مؤشر إدراك الضغط (perceived stress index)، و يشمل 30 عبارة تتضمن نوعين من البنود :

1- بنود مباشرة.
2- بنود غير مباشرة.

1- **البنود المباشرة :** و عددها 22، و تدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع عند ما يجيب المفحوص بالقبول إزاء الموقف الذي يصفه البند، و إلى مؤشر إدراك ضغط منخفض عند ما يجيب المفحوص بالرفض، وتتمثل هذه البنود في العبارات رقم : 2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 30، و تنقط من 1 إلى 4 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة).
2- **البنود غير المباشرة :** و عددها 8 تتمثل في العبارات رقم : 1، 7، 10، 13، 17، 21، 25، 29.

و تدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالرفض، و على مؤشر إدراك ضغط منخفض عندما يجيب المفحوص بالقبول، و تنقط هذه البنود بصفة معكوسة من 4 إلى 1 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة).

6-2-1- كيفية تنقيط الاستبيان :

تنقط بنود الإختبار وفقا ل 4 درجات من 1 إلى 4 كما يلي :
تقريبا أبدا ← نقطة (1)
أحيانا ← نقطتين (2)
كثيرا ← ثلاث نقاط (3)
عادة ← أربع نقاط (4). (Levenstein, 1993)

و يتغير التنقيط حسب نوع البنود المباشرة أو غير المباشرة، تحسب قيمة مؤشر إدراك الضغط في هذا الإختبار وفقا للمعادلة التالية :

مؤشر إدراك الضغط = (مجموع القيم الخام -30) /90.

و يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الإختبار أي من البنود المباشرة و غير المباشرة، و تتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من 0 إلى 1، إذ تدل الدرجة (0) على أدنى مستوى ممكن للضغط (Lowest level of stress)، و تدل الدرجة (1) على أعلى مستوى ممكن (Highest possible level of stress) للضغط. (Levenstein, 1993)

قمنا بدراسة ثبات هذا الإستبيان على مجموعة من عينة بحثنا و تم حساب ثبات المقياس بحساب معامل الثبات الذي هو في الواقع عبارة عن الإرتباط الذاتي للإختبار أو المقياس، و لقد إعتمدنا لحساب معامل الثبات على طريقة إعادة الإختبار، حيث قمنا بتطبيق هذا الإستبيان على عينة تحتوي على 10 أفراد لهم نفس خصائص عينة بحثنا الأصلية، و سجلنا نتائج التطبيق الأول، ثم بعد 15 يوم أعدنا التطبيق الثاني، ثم قمنا بحساب معامل الإرتباط بين نتائج التطبيقين:

التطبيق (1) : X.

التطبيق (2) : Y.

N: عدد أفراد العينة.

R: معامل الإرتباط.

و بما أن البيانات كمية و مستوى القياس مسافات، فلقد اعتمدنا على معامل بيرسونR، فتحصلنا على معامل إرتباط R= 0.95

بما أن R=0,95 علاقة قوية إذن معامل الإرتباط دال إحصائيا، و بالتالي فإن المقياس ثابت.

6-3- إستبيان الصعوبات الطبية و السند الإجتماعي:

وضع هذا الإستبيان لغرض قياس الصعوبات الطبية و السند الإجتماعي اللذان يعتبران من أهم عوامل الضغط النفسي التي يعيشها المريض بالسرطان في وسطه الإستشفائي من خلال علاقته بطبيبه المعالج و أفراد محيطه الطبي و العائلي.

كما ينقسم هذا السلم إلى محورين أساسيين و هما:

المحور الأول : و يشمل الصعوبات الطبية حيث يتكون من 10 عبارات تتضمن نوعين من البنود :

أ ـ البنود ذات المنحى الإيجابي: و عددها 6 و تتمثل في العبارات رقم: 1-2-5-6-9-10، و تنقط من 1 إلى 3 من اليمين (نادرا) إلى اليسار (كثيرا).

ب ـ البنود ذات المنحى السلبي: و عددها 4 و تتمثل في العبارات رقم: 3-4-7-8، و تنقط بصفة معكوسة من 3 إلى 1 من اليمين (نادرا) إلى اليسار (كثيرا).

المحور الثاني : و يضم 10 عبارات و يشمل السند الإجتماعي.

تتضمن نوعين من البنود :

أ ـ البنود ذات المنحى الإيجابي: و عددها 6 و تتمثل في العبارات رقم: 11-13-14-17-18-19، و تنقط من 1 إلى 3 من اليمين (نادرا) إلى اليسار (كثيرا).

ب ـ البنود ذات المنحى السلبي: و عددها 4 و تتمثل في العبارات رقم: 12-15-16-20، و تنقط بصفة معكوسة من 3 إلى 1 من اليمين (نادرا) إلى اليسار (كثيرا).

و لقد تم عرض هذا المقياس على أساتذة و دكاترة من قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطوفونيا لغرض إختبار الصدق الظاهري له، و الذي يشمل المظهر

العام أو الصورة الخارجية للإختبار من حيث نوع المفردات و كيفية صياغتها و مدى وضوحها و كذا تعليمات الإختبار أو الإستبيان على الموضوع المراد قياسه.

و استنادا إلى الآراء و التصحيحات التي قدمت لنا، قمنا بوضع تعديلات و تغييرات على مستوى العبارات قصد إعطاء هذا السلم الصيغة المختصرة التي تكونت من 20 بندا.

و بعدما تأكدنا من الصدق الظاهري للإستبيان، كان لابد من حساب ثباته حيث قمنا بدراسة ثبات هذا السلم على عينة المرضى الراشدين المصابين بالسرطان، و إعتمدنا في دراستنا للثبات على طريقة إعادة الإختبار test retest of coefficient stability ، حيث طبقنا هذا السلم على عينة تحتوي على 12 فردا لهم نفس خصائص عينة بحثنا و سجلنا نتائج التطبيق الثاني، ثم قمنا بحساب معامل الإرتباط بين نتائج التطبيقين :

التطبيق (1) : X.

التطبيق (2) : Y.

R: معامل الارتباط.

N: عدد أفراد العينة.

و بما أن البيانات كمية و مستوى القياس مسافات، فلقد إعتمدنا في حساب ثبات الإختبار على معامل بيرسونR، فتحصلنا على معامل الإرتباط R= 0.95.

وبما أن R= 0.95 فهذا يدل على وجود علاقة قوية، إذن معامل الإرتباط دال إحصائيا و بالتالي المقياس ثابت.

6-3-1- كيفية تنقيط هذا الإستبيان:

تنقط بنود هذا الإختبار في كلا المحورين وفقا ل3 درجات من 1 إلى 3 كما يلي:

نادرا ← نقطة (1)

أحيانا ← نقطتين (2)

كثيرا ← ثلاث نقاط (3)

إن أقل قيمة يمكن للمفحوص أن يتحصل عليها هي 10 حيث تكون الإجابة كثيرا في العبارات أو البنود ذات المنحى الإيجابي، و نادرا في البنود ذات المنحى السلبي.

و أكبر قيمة يمكن للمفحوص أن يتحصل عليها هي 30، حيث تكون الإجابة نادرا في البنود ذات المنحى الإيجابي و كثيرا في البنود ذات المنحى السلبي.

أما القيمة المتوسطة التي يمكن أن يتحصل عليها المفحوص، فهي تقابل الدرجة 20، حيث تكون الإجابة لديه أحيانا في البنود ذات المنحى الإيجابي و البنود ذات المنحى السلبي.

و بالتالي، يكون القياس في المحور الأول وفقا للصيغة التالية:

- من 10 إلى 20 لا يوجد صعوبات طبية.
- من 21 إلى 30 يوجد صعوبات طبية.

أما بالنسبة للمحور الثاني فيكون القياس وفقا للصيغة التالية:

- من 10إلى 20 لا يوجد سند إجتماعي.
- من 21 إلى 30 يوجد سند إجتماعي.

أما الدرجة الكلية للإختبار فيتم الحصول عليها بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الإستبيان أي من البنود ذات الإتجاه الإيجابي و البنود ذات الإتجاه السلبي.

7- طريقة إجراء البحث:

تم تطبيق المقاييس المستعملة على المبحوثين في مكتب المختصة النفسانية، كما طبقنا على المفحوصين في غرفهم (أي أمام فراش المريض) و هذا بعد إجراء مختلف التقنيات العلاجية.

أما فيما يتعلق بطريقة التطبيق فقد تكلفنا بطرح أسئلة أدوات القياس و شرحها و تسجيل ما أدلوا به نظرا لحالتهم الصحية و النفسية التي لا تسمح لهم بملئ الإستبيانات شخصيا.

8 - تقنيات المعالجة الإحصائية:

لاختبار صحة الفرضيات المطروحة في البحث لجأنا إلى تحليل النتائج باستعمال التقنيات الإحصائية التالية:

8-1- الأساليب الوصفية: و قد شملت المقاييس الآتية :

- المتوسطات الحسابية.
- الإنحرافات المعيارية.
- النسب المئوية.

8-2- الأساليب الإستدلالية: و فيها يتم استخدام:

- إختبار T للمتوسطات.
- معامل إرتباط بيرسون : لمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين متغيرين مع تحديد درجة الإرتباط بينهما، و استخدام هذه الدرجة لوصف طبيعة العلاقة الإرتباطية.
- و قد تمت المعالجة الإحصائية للنتائج بالإعتماد على برنامج الإعلام الآلي المعروف باسم : الرزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية Statistical Package Social Sciences (S .P.S.S). (إبراهيم علي إبراهيم عبد ربه، 1998)

الفصل الثامن

عرض وتحليل نتائج البحث.

1- أسلوب التحليل و المعالجة الإحصائية.

2- عرض و تحليل نتائج الدراسة.

3- عرض و مناقشة نتائج الفرضيات.

4- تحليل و مناقشة فرضية البحث الأولى التي تنص على أن هناك علاقة إرتباطية بين عوامل الضغط النفسي و الاكتئاب لدى المرضى الراشدين المصابين بالسرطان.

5- تحليل ومناقشة فرضية البحث الثانية والتي تنص على أن هناك علاقة ارتباطية بين الصعوبات الطبية والإكتئاب لدى عينة المرضى الراشدين المصابين بالسرطان.

6- تحليل ومناقشة فرضية البحث الثالثة والتي تنص على أن هناك علاقة إرتباطية بين السند الإجتماعي و الإكتئاب لدى عينة المرضى الراشدين المصابين بالسرطان.

1- أسلوب التحليل و المعالجة الإحصائية:

بعد مرحلة التطبيق تم تفريغ بيانات المقاييس الخاصة بحصيلة الدراسة في الحاسب الآلي بغرض تحليلها و معالجتها عن طريق مجموعة البرامج الإحصائية للعلوم الإجتماعية (Statistical Package for Social Science (SPSS 9.0.

و ذلك لإيجاد التحليلات الإحصائية التالية:

- التكرارات و النسب لوصف الخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة و كذلك لوصف البيانات.

- استخراج مقاييس النزعة المركزية و التشتت حيث تم حساب المتوسط الحسابي لمعرفة مدى تماثل أو إعتدال صفات أفراد العينة و مدى انسجامها.

- استخدام معامل الإرتباط بيرسون الذي يهدف إلى استكشاف حجم و نوع العلاقات بين متغيرات الدراسة أي إلى حد يتطابق تغايرات في عامل واحد مع متغيرات في عامل آخر حيث قد ترتبط متغيرات الدراسة مع بعضها البعض ارتباطا تاما أو ارتباطا جزئيا موجبا أو سالبا، ذو دلالة إحصائية.

- استخدام اختبار T لقياس دلالة الفروق بين متوسطات درجات عينة الدراسة حسب الجنس في المتغيرات التالية: الإكتئاب، الضغط النفسي، الصعوبات الطبية، السند الإجتماعي.

2- عرض و تحليل نتائج الدراسة:

توصلنا من خلال المعطيات الإحصائية إلى معرفة كل من المميزات و الخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة، عن طريق التكرارات و النسب المئوية، و التي سيتم عرضها على شكل بيانات خاصة بتوزيع أفراد مجموعة البحث حسب:

- مناطق القدوم.
- الفئات العمرية.
- الجنس.
- موقع السرطان.

بالإضافة إلى المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية و قيم إختبار T لمعرفة الفروق الخاصة بمتغير الجنس و التي سيتم عرضها على شكل بيانات خاصة بقيم:

- إختبار باك للإكتئاب.
- استبيان الضغط.
- استبيان الصعوبات الطبية و السند الإجتماعي.

الجدول رقم 3 يوضح توزيع أفراد مجموعة البحث حسب مناطق القدوم:

مناطق القدوم	**التكرار**	**النسبة المئوية %**
تيارت	01	2.5
تيزي وزو	03	7.5
الجزائر	08	20
جيجل	02	5
سطيف	02	5
الشلف	03	7.5
المدية	02	5
معسكر	01	2.5
الأغواط	05	12.5
وهران	02	5
تيبازة	01	2.5
عين الدفلى	06	15
بجاية	01	2.5
البليدة	03	7.5
المجموع	**40**	**100**

يتضح من الجدول رقم 3 الخاص بتوزيع أفراد العينة حسب المناطق التي ينتمون إليها و القادمين منها، أن عدد الأفراد الذين يقطنون في كل من تيارت، معسكر، تيبازة و بجاية قد بلغ أدنى نسبة و هي 2.5% في كل ولاية و بمجموع 4 حالات.

و قد بلغ عدد الأفراد الذين يقطنون بتيزي وزو و الشلف و البليدة نسبة 5 .7% في كل ولاية و ذلك بمجموع 9 حالات.

أما الأفراد الذين يقطنون بالمناطق التالية: جيجل، سطيف، المدية و وهران قد بلغ عددهم 6 حالات مقابل 5% في كل منطقة.

أما باقي أفراد مجموعة البحث فقد اختلف توزيعهم من حيث العدد عبر مناطق القدوم التالية : الجزائر، عين الدفلى و الأغواط، حيث سجلنا أعلى نسبة من الأفراد الذين يقطنون بمنطقة الجزائر و يمثلون 20% بمجموع 8 حالات.

و يليها في المرتبة الثانية الأفراد الذين يقطنون بمنطقة عين الدفلى و الذين بلغ عددهم 6 حالات و يمثلون نسبة 15%.

أما في المرتبة الثالثة فقد سجلنا الأفراد الذين يقطنون بمنطقة الأغواط و ذلك بنسبة 5 .12% من مجموع 5 حالات.

جدول رقم 4 يوضح توزيع أفراد مجموعة البحث حسب الفئات العمرية:

الفئات العمرية	**التكرار**	**النسبة المئوية %**
35-30	5	12.5
40-36	6	15
45-41	12	30
50-46	6	15
54-51	11	27.5
المجموع	**40**	**100**

يتبين من خلال الجدول رقم 4 أن توزيع أغلب أفراد العينة من حيث الفئات العمرية غير متساو، بحيث سجلنا أكبر نسبة من المرضى و الذين تتراوح أعمارهم ما بين 41 و 45 سنة و يمثلون 30 % من مجموع 12 حالة.

و يليها الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 51 و 54 سنة بنسبة 27.5 % من مجموع 11 فردا.

كما نجد أن توزيع الأفراد الذين تتراوح أعمارهم 36 و 40 سنة متساويا من حيث النسبة مع أفراد الفئة 46 و 50 سنة و التي تقدر ب 15 %.

و قد سجلنا أدنى نسبة من المرضى الذين تتراوح أعمارهم ما بين 30 و 35 سنة و يمثلون 12.5 % و ذلك بمجموع 5 أفراد.

جدول رقم 5 يمثل توزيع أفراد مجموعة البحث حسب الجنس:

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
التكرار	18	22	40
النسبة	45	55	100

يتبين من خلال الجدول رقم 5 أن توزيع أفراد مجموعة البحث من حيث الجنس غير متساو، إذ نلاحظ أن أكبر عدد ممكن نجده عند فئة الإناث و ذلك بمجموع 22 حالة و بنسبة 55 % و تمثل فئة الذكور أدنى نسبة و هي تقدر ب 45 % و بمجموع 18 حالة.

جدول رقم 6 يمثل توزيع أفراد العينة حسب موقع السرطان:

موقع السرطان	**التكرار**	**النسبة %**
الكلى	3	7.5
المعدة	3	7.5
الثدي	9	22.5
الرئة	5	12.5
البروستات	5	12.5
الرحم	5	12.5
الأنف	1	2.5
العظام	1	2.5
الكبد	7	17.5
الأذن	1	2.5
المجموع	**40**	**100**

يتبين من خلال الجدول رقم 6 أن توزيع الأفراد مجموعة البحث عدديا من حيث المرض غير متساو، ماعدا الأفراد المصابين بالأعضاء المسرطنة التالية : الرئة، البروستات، الرحم، و ذلك بمجموع 15 حالة مقابل نسبة 12.5 % لكل عضو مسرطن.

كما بلغ عدد الافراد المصابين بسرطان الثدي أعلى نسبة و هي 22.5% عند الإناث من مجموع 9 حالات.

و يليها في المرتبة الثانية سرطان الكبد الذي بلغ 17.5 % و ذلك بمجموع 7 حالات.

أما عدد الأفراد المصابين بسرطان الكلى و المعدة فقد شمل مجموع 6 حالات بنسبة 7.5 %.

و قد سجلنا أدنى نسبة من الأفراد المصابين بسرطان الأنف و العظام و ذلك بمجموع 3 حالات و بنسبة تقدر ب 2.5 % لكل عضو مسرطن.

توصلنا من خلال المعالجة الإحصائية إلى معرفة قيم كل من المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية، و التي سيتم عرضها على شكل بيانات خاصة بقيم اختبار الإكتئاب و الضغط و الصعوبات و السند و معامل بيرسون الذي ساعدنا في التحقق من فرضيات بحثنا.

جدول رقم 7 يمثل المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لقيم متغير الضغط حسب الفئات العمرية:

الفئات العمرية	التكرار	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
34-30	7	67.14	12.54
39-35	8	58.37	13.77
44-40	9	59.11	12.43
49-45	8	66.87	10.23
54-50	8	71.50	2.77
المجموع	**40**	**64.40**	**11.70**

نلاحظ أن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 35 و 39 سنة يبدون أدنى مستوى من الضغط عن باقي أفراد عينة البحث و ذلك بمتوسط حسابي قدره $\overline{X}$=58.37 و بمجموع 8 حالات.

أما الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 50 و 54 سنة فهم يبدون أعلى مستوى من الضغط النفسي و ذلك بمتوسط حسابي قدره $\overline{X}$ = 71.50 من مجموع 8 حالات.

أما باقي أفراد عينة البحث فقد سجلنا تفاوتا في المتوسطات الحسابية و الذي يتراوح ما بين 59.11 و 67.14 و هذا ما يدل على التباين في إدراكهم للضغط النفسي.

جدول رقم 8 يمثل المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لقيم الاكتئاب حسب الفئات العمرية:

الفئات العمرية	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
34-30	7	20.42	4.07
39-35	8	24.50	4.56
44-40	9	23.44	4.92
49-45	8	20.62	4.08
54-50	8	18.25	2.60
المجموع	**40**	**21.52**	**4.55**

يتضح من خلال الجدول رقم 8 أن هناك تقارب كبير في المتوسطات الحسابية بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 30 و 34 سنة، حيث المتوسط الحسابي $\bar{X}$=20.42 و الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 45 و 49 سنة، حيث المتوسط الحسابي $\bar{X}$=20.62 و ذلك من مجموع 8 حالات.

و على ضوء هذه المعطيات الإحصائية يمكن القول أن هؤلاء الأفراد يعانون من اكتئاب متوسط عن باقي أفراد العينة.

كما نلاحظ التقارب في المتوسطات الحسابية بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 40 و 44 سنة، حيث يقدر المتوسط الحسابي ب $\bar{X}$ = 23.44 و ذلك من مجموع 8 حالات و بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 35 و 39 سنة و ذلك بمتوسط حسابي قدره $\bar{X}$ =24.50 من مجموع 9 حالات.

غير أن أفراد هذه الفئة يبدون أعلى قيمة في درجات الإكتئاب عن باقي أفراد مجموعة البحث.

أما الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 50 و 54 سنة فنلاحظ أنهم يبدون أدنى مستوى من درجات مقياس الإكتئاب و يقدر المتوسط الحسابي بـ$\bar{X}$ = 18.25 و ذلك من مجموع 8 حالات.

جدول رقم 9 يمثل المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لقيم الصعوبات الطبية حسب الفئات العمرية:

الفئات العمرية	التكرار	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
34-30	7	18.85	3.62
39-35	8	16.75	5.49
44-40	9	16.88	4.67
49-45	8	20.00	4.03
54-50	8	21.37	1.84
المجموع	**40**	**18.72**	**4.33**

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية للجدول رقم 9 أن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 35 و 39 سنة يبدون أدنى قيمة في درجات الصعوبات الطبية و ذلك من خلال علاقتهم بالطبيب المعالج لهم، حيث يقدر المتوسط الحسابي لهذه الفئة بـ $\bar{X}$=16.75 و انحراف معياري قدره 5.49 و ذلك بمجموع 8حالات.

كما نلاحظ التقارب الكبير لهذه الفئة في المتوسطات الحسابية مع أفراد الفئة التي تتراوح أعمارهم ما بين 40 و 44 سنة و ذلك بمجموع 8 حالات، مقابل متوسط حسابي قدره $\bar{X}$= 16.88.

كما هو الشأن بالنسبة لأفراد الفئة التي تتراوح أعمارهم بين 45 و 49 سنة، حيث يقدر المتوسط الحسابي $\bar{X}$=20.00 من مجموع 8 حالات مع أفراد الفئة التي تتراوح أعمارهم بين 50 و 54 سنة و بلغ المتوسط الحسابي $\bar{X}$ =21.37 من مجموع 8

حالات، غير أن هذه الفئة قد تحصلت على أعلى قيمة في درجات الصعوبات الطبية عن باقي أفراد مجموعة البحث.

جدول رقم 10 يمثل المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لقيم السند الإجتماعي حسب الفئات العمرية:

الفئات العمرية	التكرار	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
34-30	7	20.42	4.07
39-35	8	24.50	4.56
44-40	9	23.44	4.92
49-45	8	20.62	4.08
54-50	8	18.25	2.60
المجموع	**40**	**21.52**	**4.55**

نلاحظ من خلال الجدول رقم 10 أن أفراد الفئة الذين تتراوح أعمارهم بين 50 و 54 سنة يبدون أدنى قيمة في درجات السند الإجتماعي بالمقارنة مع المتوسط الحسابي لهذه الفئة و الذي يقدر ب:$\overline{X}$ = 18.25 و انحراف معياري قدره 2.60 من مجموع 8 حالات.

و قد سجلنا تقاربا كبيرا في درجات السند الإجتماعي بين الفئة 30-34 سنة، حيث قدر المتوسط الحسابي ب$\overline{X}$ = 20.42 و الانحراف المعياري 4.07 من مجموع 7 حالات مع أفراد الفئة التي تتراوح أعمارهم بين 45 و49 سنة، حيث بلغ المتوسط الحسابي $\overline{X}$=20.62 و الإنحراف المعياري 2.60 من مجموع 8 حالات.

كما نلاحظ تفاوتا طفيفا في درجات السند الإجتماعي بين أفراد الفئة الذين تتراوح أعمارهم بين 40 و44 سنة، حيث يبلغ المتوسط الحسابي $\overline{X}$ =23.44 و الإنحراف المعياري 4.08 و أفراد الفئة التي تتراوح أعمارها بين 35 و 39 سنة، إذ يقدر المتوسط الحسابي ب: $\overline{X}$=24.5 و الإنحراف المعياري ب:4.92 من مجموع 9

حالات، و قد تحصلت هذه الفئة على أعلى قيمة للسند الإجتماعي مقارنة بالفئات الأخرى لعينة البحث.

جدول رقم 11 يمثل المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لقيم متغير الضغط حسب نوع العضو المسرطن:

نوع العضو المسرطن	التكرار	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الخطأ المعياري
الكلى	3	9.66	7.57	4.37
المعدة	3	12.33	4.16	2.40
الثدي	9	8.55	6.30	2.10
الرئة	5	4.60	4.27	1.91
البروستات	5	12.20	8.84	3.95
الرحم	5	8.40	7.63	3.41
الأنف	1	20.00	/	/
العظام	1	2.00	/	/
الكبد	7	15.71	7.01	2.65
الأذن	1	17.00	/	/
المجموع	**40**	**10.45**	**7.22**	**1.14**

يتبين من خلال الجدول رقم 11 أن مستوى منخفض من إدراك الضغط سجل لدى فردا واحدا مصابا بسرطان العظام، حيث تبلغ درجته 2.00.

يليه سرطان الرئة حيث بلغ المتوسط الحسابي $\bar{X}$ = 4.60 و انحراف معياري قدره 4.27.

أما أعلى درجة من مؤشر ادراك الضغط فقد مثلها سرطان الأنف و الذي بلغت درجته 20.00.

و قد تحصل سرطان الأذن على المرتبة الثانية في درجات مقياس الضغط لليفينستاين و آخرون، حيث بلغت درجته 17.00.

كما يتضح من خلال الجدول الإقتراب الشديد في درجات الضغط لدى النساء المصابات بسرطان الثدي و سرطان الرحم وفقا للمتوسط الحسابي الذي قدر ب $\overline{X}$=8.55 لصالح الفئة الأولى و $\overline{X}$ =8.40 لدى الفئة الثانية.

جدول رقم 12 يوضح المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لمتغير الإكتئاب حسب نوع العضو المسرطن:

نوع العضوالمسرطن	التكرار	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الخطأ المعياري
الكلى	3	9.66	7.57	4.37
المعدة	3	12.33	4.16	2.40
الثدي	9	8.55	6.03	2.10
الرئة	5	4.60	4.27	1.91
البروستات	5	12.20	8.84	3.95
الرحم	5	8.40	7.63	3.41
الأنف	1	20.00	/	/
العظام	1	2.00	/	/
الكبد	7	15.71	7.01	2.65
الأذن	1	17.00	/	/
المجموع	**40**	**10.45**	**7.22**	**1.14**

نلاحظ من خلال الجدول رقم 12، أن هناك تفاوتا في درجات مقياس الإكتئاب حسب موقع الإصابة بالسرطان لدى أفراد عينة البحث، ماعدا الإقتراب الشديد في المتوسطات الحسابية للأفراد المصابين بسرطان المعدة، حيث بلغ المتوسط الحسابي $\bar{X}$ = 12.33 و الإنحراف المعياري 4.16 مع الأفراد المصابين بالبروستات إذ بلغ المتوسط الحسابي $\bar{X}$= 12.20 و الإنحراف المعياري 7.63 و بالتالي يقترب هؤلاء في معدل الإكتئاب.

كما هو الشأن بالنسبة للأفراد المصابين بسرطان الثدي و سرطان الرحم، حيث يقدر المتوسط الحسابي للفئة الأولى ب: $\bar{X}$ = 8.55 و الإنحراف المعياري ب 6.03 بينما الفئة الثانية فقد بلغ المتوسط الحسابي $\bar{X}$= 8.40 و الإنحراف المعياري 7.63.

و قد احتل سرطان الأنف الرتبة الأولى في درجات مقياس الإكتئاب حيث بلغت درجته 20.

و يليه في المرتبة الثانية سرطان الأذن و الذي بلغت درجته ب: 17.00.

أما سرطان العظام فقد سجلنا فردا واحدا قد تحصل على أدنى درجة في مقياس الإكتئاب عن باقي أفراد عينة البحث قد بلغت درجته $\overline{X}$=2.00.

جدول رقم 13 يوضح المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لمتغير الصعوبات الطبية حسب نوع العضو المسرطن:

نوع العضو المسرطن	**التكرار**	**المتوسط الحسابي**	**الإنحراف المعياري**	**الخطأ المعياري**
الكلى	3	17.66	2.85	3.38
المعدة	3	22.33	2.08	1.20
الثدي	9	17.77	4.57	1.52
الرئة	5	16.40	3.20	1.43
البروستات	5	18.80	2.94	1.31
الرحم	5	17.60	5.31	2.37
الأنف	1	24.00	/	/
العظام	1	13.00	/	/
الكبد	7	20.71	4.27	1.61
الأذن	1	23.00	/	/
المجموع	**40**	**18.72**	**4.33**	**0.68**

من خلال قرائتنا للمعطيات الإحصائية المبينة في الجدول رقم 13، يتضح لنا وجود فردا واحدا قد تحصل على أعلى معدل في الصعوبات الطبية و الذي مثله سرطان الأنف و ذلك بدرجة قدرها 24.00.

يليه سرطان الأذن الذي تحصل على درجة قدرها 23.00.

و قد تحصل سرطان العظام على أدنى معدل في الصعوبات الطبية، حيث بلغت درجته 13.00.

أما باقي أفراد عينة البحث فقد سجلنا تفاوتا في درجات الصعوبات الطبية لدى فئة المصابين بسرطان الرئة و البروستات و الكبد، بينما يظهر الإقتراب في المتوسطات الحسابية لصالح فئة المصابين بسرطان الكلى و الثدي و الرحم.

جدول رقم 14 يوضح المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لمتغير السند الإجتماعي حسب نوع العضو المسرطن:

نوع العضو المسرطن	**التكرار**	**المتوسط الحسابي**	**الإنحراف المعياري**	**الخطأ المعياري**
الكلى	3	22.00	6.00	3.46
المعدة	3	22.00	4.58	2.64
الثدي	9	22.66	3.60	1.20
الرئة	5	22.80	5.44	2.43
البروستات	5	22.80	4.60	2.05
الرحم	5	22.40	6.14	2.74
الأنف	1	16.00	/	/
العظام	1	28.00	/	/
الكبد	7	19.28	3.40	1.28
الأذن	1	16.00	/	/
المجموع	**40**	**21.52**	**4.55**	**0.71**

يتبين من خلال الجدول رقم 14 أن فئة المصابين بسرطان الكلى و سرطان المعدة قد تحصلتا على نفس الدرجات في محور السند الإجتماعي و ذلك بمتوسط حسابي قدره $\overline{X}$=22.00 لكلا الفئتين.

و قد سجلنا كذلك فئة المصابين بسرطان الرئة و سرطان البروستات من حيث حصولهما على نفس المتوسط الحسابي و الذي بلغ 22.80 أما بالنسبة لسرطان الأذن و سرطان الأنف فقد مثلتهما حالتين لتحصلهما على نفس الدرجات في السند الإجتماعي مقابل متوسط حسابي $\overline{X}$= 16.00 بالنسبة لكل عضو مسرطن.

كما نلاحظ أن سرطان العظام يمثل أعلى درجة في السند الإجتماعي و ذلك بمتوسط حسابي قدره$\overline{X}$ = 28.00.

يليه سرطان الكبد في المرتبة الثانية بمجموع 7 حالات و بمتوسط حسابي قدره $\overline{X}$=19.28.

و قد سجلنا تفاوتا في درجات السند الإجتماعي عند باقي أفراد عينة البحث.

جدول رقم 15 لقيم المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لدرجات مؤشر إدراك الضغط لدى الجنسين:

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الخطأ المعياري
الذكور	18	69.27	10.17	2.39
الإناث	22	60.40	11.55	2.46

نلاحظ من خلال الجدول رقم 15 أن المتوسط الحسابي لدرجات الذكور في مقياس الضغط $\overline{X}$=69.27 أكبر من المتوسط الحسابي للإناث و الذي قدر ب $\overline{X}$=60.40 بفارق قدره 8.87 لصالح الذكور.

جدول رقم 16 لقيم اختبار T لدلالة الفروق في مقياس الضغط لدى الجنسين:

	قيم اختبار T	درجات الحرية	فرق المتوسطات	مستوى الدلالة
الدرجات حسب مقياس إدراك الضغط	2.54	38	8.86	0.01

نلاحظ من خلال الجدول رقم 16 أن قيمة T=2.54 بدرجة حرية df=38 عند مستوى الدلالة α =0.01، و بالتالي يتضح لنا أن هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور و الإناث من حيث مستوى إدراك الضغط.

جدول رقم 17 لقيم المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لدرجات مقياس الإكتئاب لدى الجنسين:

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الخطأ المعياري
الذكور	18	14.05	6.43	1.51
الإناث	22	7.50	6.56	1.39

نلاحظ من خلال الجدول رقم 17 أن المتوسط الحسابي للذكور في درجات مقياس الإكتئاب $\bar{X}$=14.05 أكبر من المتوسط الحسابي للإناث و الذي قدر ب: $\bar{X}$=7.50 بفارق قدره 6.55 لصالح الذكور.

جدول رقم 18 لنتائج قيم اختبار T لدلالة الفروق في مقياس الإكتئاب لدى الجنسين:

	قيم اختبارT	درجات الحرية	فرق المتوسطات	مستوى الدلالة
الدرجات حسب مقياس الإكتئاب	3.17	38	6.55	0.01

نلاحظ من خلال الجدول رقم 18 أن قيمة T =3.17 و ذاك بدرجة حرية df =38 عند مستوى الدلالة α = 0.01 و بالتالي يمكن القول أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور و الإناث من حيث الإصابة بالإكتئاب.

جدول رقم 19 لقيم المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لدرجات الصعوبات الطبية لدى الجنسين:

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الخطأ المعياري
الذكور	18	20.38	3.91	0.92
الإناث	22	17.36	4.27	0.91

يتضح من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول رقم 19 أن المتوسط الحسابي لدرجات الذكور في الصعوبات الطبية $\overline{X}$ = 20.38 أكبر من المتوسط الحسابي للإناث و الذي قدر ب $\overline{X}$ =17.36 بفارق قدره 3.02 لصالح الذكور.

جدول رقم 20 لقيم اختبار T لدلالة الفروق في الصعوبات الطبية لدى الجنسين:

	قيم اختبار T	درجات الحرية	فرق المتوسطات	مستوى الدلالة
الدرجات حسب محور الصعوبات الطبية	2.31	38	3.02	0.01

نلاحظ من خلال الجدول رقم 20 أن قيمة T وصلت إلى 2.31 و بدرجة حرية df=38 عند مستوى الدلالة α **=**0.01، و بالتالي نستنتج أن هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور و الإناث في درجات الصعوبات الطبية.

جدول رقم 21 لقيم المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لدرجات السند الاجتماعي لدى الجنسين:

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الخطأ المعياري
الذكور	18	18.72	3.52	0.83
الإناث	22	23.81	4.01	0.85

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 21 أن المتوسط الحسابي للإناث في محور السند الإجتماعي $\overline{X}$ =23.81 أكبر من المتوسط الحسابي للذكور و الذي قدر ب: $\overline{X}$=18.72 بفارق قدره 5.09 لصالح الإناث.

جدول رقم 22 لقيم اختبار T لدلالة الفروق في السند الإجتماعي لدى الجنسين:

	قيم إختبار T	درجات الحرية	فرق المتوسطات	مستوى الدلالة
الدرجات حسب محور السند الاجتماعي	4.21	38	5.09	0.01

نلاحظ من خلال الجدول رقم 22 أن قيمة T وصلت إلى 4.21 و بدرجة حرية df قدرها 38 عند مستوى الدلالة α = 0.01، و بالتالي توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور و الإناث في درجات السند الإجتماعي.

3- عرض و مناقشة نتائج الفرضيات :

اعتمدنا في دراستنا المتعلقة بعرض و مناقشة نتائج الفرضيات على المعالجة الإحصائية التي سيتم عرضها على شكل بيانات خاصة بقيم إختبار الإكتئاب و الضغط و الصعوبات الطبية و السند الإجتماعي عن طريق استخدام معامل الإرتباط بيرسون.

3-1- إختبار الفرضية الأولى:

لاختبار صحة الفرضية الأولى و التي مفادها : توجد علاقة إرتباطية بين عوامل الضغط النفسي و الإكتئاب لدى المرضى الراشدين المصابين بالسرطان، قمنا بتطبيق معامل بيرسون بين الضغط النفسي و الإكتئاب فتحصلنا على الجدول التالي :

جدول رقم 23 : الإرتباط بين الضغط و الإكتئاب

المتغير1 / المتغير2	الضغط	مستوى الدلالة
الإكتئاب	0.841	0.01
العينة	40	

بناءا على النتائج الواردة في الجدول رقم 23 يتضح لنا وجود علاقة موجبة قوية عند مستوى الدلالة 0.01 بإعتبار أن قيمة معامل الإرتباط (R = 0.841).

و بالتالي يتبين وجود فرق دال في تأثير عوامل الضغط النفسي على الإكتئاب لدى المرضى الراشدين المصابين بالسرطان.

3-2- إختبار الفرضية الثانية:

جدول رقم 24 يوضح الإرتباط بين الصعوبات الطبية و الإكتئاب:

المتغير 1 / المتغير 2	الصعوبات الطبية	مستوى الدلالة
الإكتئاب	0.831	0.01
العينة	40	

يظهر من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول رقم 24، أن العلاقة الإرتباطية بين الصعوبات الطبية و الإكتئاب موجبة و قوية، حيث أن قيمة معامل الإرتباط تساوي (0.831) عند مستوى الدلالة 0.01.

و بناء على هذه النتيجة يمكننا القول أنه كلما زادت الصعوبات كلما زادت درجة الإكتئاب لدى المرضى الراشدين المصابين بالسرطان.

3-3- إختبار الفرضية الثالثة:

جدول رقم 25 يوضح الإرتباط بين السند الإجتماعي والإكتئاب:

المتغير 1 / المتغير 2	السند الإجتماعي	مستوى الدلالة
الإكتئاب	-0.773	0.01
العينة	40	

يظهر من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم 25 أن العلاقة الإرتباطية بين السند الإجتماعي و الإكتئاب سالبة، أي أنها علاقة عكسية حيث أن قيمة معامل الإرتباط (R= -0.773) عند مستوى الدلالة 0.01.

و طبقا لهذه النتيجة يمكننا القول أن هناك فرقا دالا في تأثير السند الإجتماعي سلبا على ازدياد درجة الإكتئاب لدى أفراد عينة البحث، أي أنه كلما قل السند الإجتماعي كلما زادت درجة الإكتئاب لدى المرضى الراشدين المصابين بالسرطان.

4- تحليل ومناقشة فرضية البحث الأولى التي تنص على أن هناك علاقة إرتباطية بين عوامل الضغط النفسي والاكتئاب لدى عينة المرضى الراشدين المصابين بالسرطان:

بينت نتائج الدراسة الحالية أن فرضية البحث الأولى قد تحققت، حيث وجدنا أن عينة المرضى الراشدين المصابين بالسرطان يعانون من اضطراب الإكتئاب نتيجة تعدد العوامل النفسية الضاغطة التي يتلقونها أثناء فترة خضوعهم للإستشفاء و قد سجلنا علاقة إرتباطية موجبة دالة عند : $\alpha = 0.01$ و تقدر ب0,84 بين عوامل الضغط النفسي و الإكتئاب.

و تجدر الإشارة إلى افتقار الدراسات السابقة لتناول دراسة نوع عوامل الضغط النفسي و أثره في ظهور الأعراض الإكتئابية لدى فئة المرضى الراشدين المصابين بالسرطان أثناء خضوعهم للإستشفاء، و إنما اتجه تركيز هذه الدراسات إلى تحديد أثر العوامل النفسية الضاغطة و دورها في استهداف الفرد للإصابة بالسرطان.

و من أهم هذه الدراسات تلك التي أجراها دوريان Dorian 1986، حيث لاحظ عند الأفراد الذين يعانون من الضغوط النفسية كمية قليلة من خلايا «N K» و الأنترلوكين الذي يلعب دورا رئيسيا في ظواهر التعاون الخلوي بين مختلف خلايا الجهاز المناعي و أن الضغط المزمن يؤدي في أغلبية الحالات إلى تقليص بعض الدفاعات، كما أن الحصر و الإكتئاب اللذان ينجمان عن عدم القدرة على مواجهة الموقف الضاغط يؤديان إلى الضعف المناعي. (عبد الإله نعيمي، 2000)

و قد أجرى الباحثان شين Chen و دافيد David 1995 دراسة حول العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة (كوفاة شخص قريب أو أي تغيير غير مرغوب فيه طرأ على حياة المريض قبل أن يصاب بالمرض) و سرطان الثدي لدى مجموعة من المريضات المصابات به، حيث تمت مقارنتهن بمجموعة من الأصحاء تعرضوا لأحداث ضاغطة قبل ستة أشهر أي قبل ظهور المرض.

و قد أسفرت نتائج الدراسة إلى نسبة تعرض المصابات بالسرطان لضغوط الحياة 12 أضعاف تلك المتواجدة لدى مجموعة الأصحاء. (إخاف عثمان، 2000)

و قد أوضح دفيتا Devita 1997 أن المصابين بداء السرطان الذين لا يعانون من اضطرابات عقلية أو مشاكل نفسية بارزة، بإمكانهم مواجهة المرض و التكيف معه مقارنة بالآخرين، و يعتبرون أن المرض تحدي لهم و يسعون للتكيف معه عن طريق جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عنه، مما يساعدهم على احترام القرارات الطبية الخاصة بالعلاج و يحسنون المعاملة مع الطاقم الطبي، غير أن هؤلاء المرضى الذين يعانون من ضغوطات ناتجة عن أحداث مؤلمة تتزامن مع ظهور مرض السرطان قد يصعب عليهم مواجهة هذه الوضعية و التكيف معها.

و يمكن تلخيص مجمل العوامل التي شكلت مصدر الضغط و الإكتئاب بالنسبة لأفراد عينة البحث فيما يلي:

ـ الشعور باللاتساوي في العلاقة بين مكانة و دور كل من الفريق العلاجي و المرضى بالسرطان من خلال غياب مكانتهم الإجتماعية السابقة و تعدد مسؤولية و مهام مختلف أعضاء الفريق العلاجي.

ـ شعور المرضى بالخطر و التهديد و الغموض من جراء تهرب الطبيب المعالج لهم عن الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بوضعهم الصحي و هذا من شأنه يزيد من التوتر و الضغط و الإكتئاب لديهم.

ـ عدم حصول هؤلاء المرضى على الرعاية التامة في تلبية احتياجاتهم الأساسية خاصة عند القيام بالعلاج الكيميائي الذي يسبب لهم الإجهاد لمجرد القيام بأي شيء مما يولد الشعور بالنقص و العجز و الإهمال و سوء التقدير من جراء عدم مراعاة حقوقهم في تلبية طلباتهم.

- تهوين الشكوى و المعاناة الجسدية التي يعاني منها هؤلاء المرضى من قبل مختلف أعضاء الفريق الطبي من خلال عدم التزامهم بالسرعة في الأداء المهني و ضعف التنسيق للإجراءات العلاجية كإطالة فترة انتظار المرضى للحصول على استشارة الطبيب أو إجراء التحاليل أو التقنيات العلاجية المختلفة، مما يؤدي إلى تزايد الضغط الانفعالي و أعراض الإكتئاب لديهم.

- انتساب المرض إلى مركز تحكم خارجي أي المشاكل العائلية و سوء الظروف الحياتية و المشاكل المالية التي تمثل كلها انتسابا لظروف خارجية، من خلال الإعتقاد بأن سوء الظروف الحياتية هي التي تسببت في حدوث هذه الإصابة الجسدية الخطيرة، مما يؤدي إلى توقعات سلبية جدا، إضافة إلى العجز الذاتي و الإعتقاد بعدم فعالية مواجهة الألم الناتج عن هذا المرض الخطير و التصور أن الشكوى و البكاء و التذمر هو وسيلة للتعبير عن هذا الضغط الإنفعالي المستمر.

- رفض هؤلاء المرضى الإعتراف بمعاناتهم الجسدية و مشاركتهم الشخصية في إصدار الألم و التوتر و الأرق و ذلك بإرجاع التحكم فيه إلى الإبتعاد عن مقرهم السكني و ذويهم و أقاربهم، مما يزيد من استمرار التهديد و الضغط بعدم القدرة على استعمال إستراتيجية ذاتية لمواجهة الوضع الضاغط و التخفيف من أفكار التشاؤم و اليأس و الشعور بالعجز الذاتي.

- الإستماع المتكرر من مختلف أفراد المحيط عن مضاعفات المرض و نتائجه عن طريق التوقعات الإجتماعية السلبية هذا ما يؤدي إلى التوقع السيئ لكارثة انتشار الورم السرطاني من خلال سيطرة أفكار الموت التي تعد من المخاوف الرئيسية لزيادة الضغط و الإكتئاب عن طريق الشعور بالعجز الذاتي و افتقار الحصول على الهدوء و الراحة و الإطمئنان.

5- تحليل و مناقشة فرضية البحث الثانية والتي تنص على أن هناك علاقة ارتباطية بين الصعوبات الطبية و الإكتئاب لدى عينة المرضى الراشدين المصابين بالسرطان:

استنادا إلى ما توصلنا إليه على ضوء نتائج التحليل الإحصائي، خلصنا إلى تحقيق الفرضية الأولى للدراسة الحالية حيث وجدنا أن عينة المرضى الراشدين المصابين بالسرطان يعانون من اضطراب الإكتئاب نتيجة الصعوبات الطبية التي يتلقونها من خلال علاقتهم بالطبيب المسؤول عن علاجهم، و قد سجلنا علاقة إرتباطية موجبة دالة عند α=0.01 و تقدر بـ 0.83بين الصعوبات الطبية والاكتئاب.

و هذا يندرج على ضوء الأهمية العلاجية المرتبطة بالصحة النفسية للمرضى بالسرطان فقد أجرى ويجيرز و آخرون Weggers et all 1990 دراسة على عينة قوامها 232 مريضا بالسرطان، و قد لاحظ الباحثون أن هؤلاء المرضى يهتمون بمختلف العوامل الخاصة بالممارسة التقنية العلاجية مع الطبيب من خلال:

1- الكفاءة التقنية للطبيب المعالج.
2- نوعية العلاقات الخاصة بالطبيب.
3- تكرار و استمرار الفحوص و العلاجات.
4- العلاجات الإستشفائية و العيادية.
5- العلاجات خارج الإطار التقني.
6- العوامل و التجهيزات المادية.

و قد تماشت نتيجة دراستنا في هذا السياق مع دراسة بارنستاين Bernstein و ويلش Wilsh 1980، حيث لاحظ الباحثان أن المرضى بالسرطان يتميزون باظطرابات إكتئابية إستسباقية، خاصة في مرحلة إجراء الفحوص الطبية و التقنيات العلاجية القاسية المتكررة (العلاج الإشعاعي، العلاج الهرموني، العلاج الكيميائي) من خلال ظهور إضطرابات سلوكية وظائفية أهمها: فقدان الشهية ،الإعياء الجسدي

المفرط، إضطرابات في النوم، الغثيان و القيئ، فقدان الليبيدية النرجسية و الرغبة في النشاطات اليومية الإعتيادية.

و يؤكد أنجل Angle 1984 في هذا الصدد شدة هذه الأعراض النفسية الإكتئابية خاصة الدوار و الأرق و الغثيان، و التي يمكن ظهورها قبل العلاج بالحقن و الإمتثال للتقنيات العلاجية المتنوعة، نظرا لكون هذه المرحلة الطبية العلاجية تشكل مصدر تهديد للمريض بالسرطان، و هذا من شأنه يولد الشعور بالإكتئاب خاصة من خلال الإتصال بالروائح و الألوان الخاصة بغرفة العلاج، و تتراوح نسبة الإصابة بهذه الأعراض الإكتئابية من 25 إلى50 % عند المصابين بالسرطان و ذلك في ظل مرحلة الإمتثال للفحوص و العلاج.

و قد لاحظ كل من أنديكوت Endicott و بانسون Bahnson 1984 أن نسبة الإظطرابات النفسية الإكتئابية لدى المرضى بالسرطان تتروح مابين 20 إلى 25% و هي أعراض كامنة مشدودة باختلالات و آلام جسدية واضحة بالإضافة إلى سيطرة أعراض الإستياء و التذمر من الآثار الثانوية المفاجئة التي تنتج من جراء الإمتثال للعلاجات المختلفة علاوة على ظهور إظطرابات معرفية مثل: اختلالات في الذاكرة، اضطرابات في التركيز، اختلالات في التقييم الإدراكي.

و تعد مرحلة الفحوص و العلاج مرحلة مبهمة و وضعية مهددة لكيان المريض بالسرطان لاسيما في فترة إنتظار نتائج الخزعة و التحاليل ثم الشروع في إجراءات العلاجات القاسية كالعلاج الكيميائي، حيث ترتفع درجة التوتر لدى المريض و الشعور بالعجز، مما يساعده على تعلمه إنتاج تظاهرات نفسية سريعة.

حيث يرى لازروس Lazarus و فولكمان Folkman 1984، أن هذه المرحلة اعتمادية هامة و خطيرة بالنسبة للمريض و تشكل عائقا بالنسبة للطبيب من أجل تركيز قدراته على استئصال الورم السرطاني.

أما الصعوبات الطبية في هذه المرحلة فتتميز بالعيش المستمر في الشك و الغموض و الحيرة و الإبهام و الإجهاد اليومي من جراء تعدد الفحوص و العلاجات المتكررة و عدم حصول المريض على علاج مخفف للألم الذى يعاني منه، بالإضافة إلى معايشته لإصابته الباتولوجية الخطيرة كموقف مهدد لكيانه غير أنها تعالج كمرض مزمن، و المريض هنا يتساءل عن أبعاد هذه الإصابة و مضاعفاتها، و احتمالات الإنتكاس من جراء هذا الورم الخبيث و تطور المرض و عدم وجود الأمان الذى يعد مصدرا للشعور المتناقض.

و بالتالي يمكن القول أن التكيف مع هذه المرحلة يعد سياقا معقدا في ضوء البحث عن التفسير و المعنى عن المواجهة و التقبل و التكيف مع هذه الحدود المحتملة في التحكم و مراقبة الشعور بالعجز و اليأس و التشاؤم و فقدان الرغبة و الإهتمام إضافة إلى اضطرابات معرفية، ردود أفعال سلبية تميز سلوكاته اليومية و عدم الرضى اتجاه أفراد الطاقم المعالج له. (Lazarus et Folkman, 1984)

كما تتميز مرحلة الإمتثال للعلاج بمعاناة أغلب المرضى المصابين بالسرطان من الألم و الذي يعبر عن التوقع السلبي بعجز الطبيب عن وضع الخطة العلاجية المناسبة، و غالبا ما يكون هذا الألم مرتبطا بأفكار و تصورات يحملها المريض عن إصابته العضوية و غالبا ما تكون هذه التوقعات و التصورات منتسبة إلى أبعاده الشخصية و الثقافية و العلائقية و المعرفية حول هذا المرض، و الذي له دور في نشوء الألم و المعاناة الجسدية.

و بما أن الجهاز العصبي يعمل بشكل آلي حيث يتماشى مع المثيرات الخارجية و المتغيرات الشخصية و نمط الحياة و توظيفها، فإن نشوء الألم يتشكل من خلال استثارة الوظيفة الإعاشية، و بالتالي فإن الأعراض النفسية تكون مهيمنة في هذه المرحلة (الألم) كاظطرابات النوم و الشهية و اختلال التركيز، نوبات الغضب و أعراض أخرى.

و قد أجرى الباحث مياكوسكي و آخرون Miakouski et all 1994 دراسة على عينة تتكون من 72 مريضا مصابا بالسرطان من مختلف أنواعه، خاضعين للعلاجات و يشتكون من اضطرابات نفسية أهمها اظطرابات الإكتئاب نتيجة الآلام الحادة المرتبطة بإصابتهم العضوية الخطيرة.

و قد أسفرت نتائج هذه الدراسة أن 48% من هؤلاء المرضى ينتظرون 15 دقيقة للحصول على علاج مضاد للألم و28% يعانون من آلام حادة بعد مزاولتهم لمختلف التقنيات العلاجية القاسية، و عدم حصولهم على علاج مضاد للألم الذى يعانون منه.

و في هذا السياق ميز فولي Foley 1982 أصناف الألم المرتبطة بأعراض الإكتئاب عند المرضى بالسرطان من خلال دراسته لهم، حيث ميز تباين الإضطراب الإكتئابي من خلال المستويات التالية:

المرضى الذين يخضعون للألم الحاد:

أ- يشتركون مع التشخيص المبهم للإصابة الباتولوجية.
ب-يشتركون مع العلاج الإشعاعي، العلاج بالحقن، العلاج الكيميائي.

المرضى الذين يخضعون للألم المزمن:

أ- يشتركون مع تطور السياق المرضي.
ب- يشتركون مع المرض العضوي و لكن بدون سبب عضوي واضح.

المرضى الذين يخضعون للألم المتكرر لعدة مرات في اليوم الواحد:

أ- يشتركون مع عادات سلوكية صحية سيئة كفقدان الشهية، الأرق، تعاطي التدخين و الكحول و المخدرات.

6- تحليل ومناقشة فرضية البحث الثالثة والتي تنص على أن هناك علاقة إرتباطية بين السند الإجتماعي و الإكتئاب لدى عينة المرضى الراشدين المصابين بالسرطان:

بينت نتائج الدراسة الحالية أن المرضى الراشدين المصابين بالسرطان يعانون من إظطراب الإكتئاب نتيجة قلة السند الإجتماعي المدرك لديهم، حيث سجلنا علاقة إرتباطية عكسية سالبة دالة عند α= 0.01 وتقدر ب: 0.77 - بين السند الإجتماعي و الإكتئاب.

و قد أشار روتر Rutter 1966 إلى أن العلاقة التي يسودها الحب و الدفء تمثل مصدرا للوقاية من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة كالوقوع في مرض خطير مثلا، فإنها ترفع من فاعليته و تساعده على التكيف مع هذه الوضعية، و تخفف من الآثار المترتبة عنها، أما إدراك الفرد لعدم وجود مساندة إجتماعية، فإنه يشعر بعدم القيمة و عدم القدرة على المواجهة، و تكون هنا بداية الأعراض الإكتئابية، حيث يفقد المريض الشعور بالقيمة و يفتقد السند عند هذه المحنة.

كما تماشت هذه النتيجة و دراسة كل من هوزييرHusyer و باركر Parker 1998 على مجموعة من المرضى المصابين بالسرطان، و قد لاحظ الباحثان أن غياب المساندة الإجتماعية لها انعكاسا سلبيا على نوعية الحياة لهؤلاء المرضى من خلال مختلف المعايير (التكيف مع المرض، الوضع الإنفعالي، النشاطات اليومية)، لاسيما فقدان المريض الحصول على الإيضاحات و الإستعلام و الإتصال بالمحيط الطبي مما يسبب ارتفاع نسبة الكورتيزول الذي يترجم بكف النشاط المناعي الذاتي و ارتفاع الأعراض الإكتئابية كالتذمر و الإستياء، سرعة الإنفعال و الغضب، الألم، العجز الوظائفي، البقاء أو الخلود المتكرر إلى سرير الغرفة الإستشفائية، التقليل من النشاطات الإعتيادية.

و يذهب كيترونا Cutrona و روسيل Russell 1990 إلى أن المساندة الإجتماعية و إتاحة علاقات إجتماعية للمريض و التي تتميز بالحب و الود و الثقة و التقدير تسمح بوقايته من الإضطرابات النفسية كالإكتئاب و ذلك كلما زاد مقدار المساندة.

و عليه فإن السند الإجتماعي العاطفي الذي يفتقره أفراد عينة بحثنا في دراستنا الحالية توافقه النتائج التى تحصل عليها الباحثان دانكل Dunkel و شيتر Shetter 1984 في دراستهما على عينة من المصابين بالسرطان، حيث طلب كل منهما من المرضى وصف و تقييم حسب رضاهم لفعالية مختلف الإسنادات المقدمة مع الآخرين منذ ظهور الورم السرطاني عندهم، مصنفة حسب أنماط الإسنادات: (سند عاطفي، سند تقديري سند مادي، سند معلوماتي).

و قد أظهرت النتائج أن السند العاطفي الإجتماعي قد برز بفعالية أكثر من الأنواع الأخرى و ذلك بنسبة 81%، أما السند المعلوماتي (النصائح و الإقتراحات، معلومات عن المرض) نظرا إلى أنه فعال ب41%.

فتوصل الباحثان إلى أن السند العاطفي هو أكثر فعالية مهما كان مصدره (العائلة الأصدقاء، الطاقم المعالج بالمستشفى).

كما أن السند الإعلامي لا يقل أهمية في دراستنا حيث تماشت هذه النتيجة مع دراسة أجراها كل من ليبراتي و آخرون Liberati et all 1985 في إيطاليا على عينة قوامها 825 مصابا بالسرطان بعد خضوعهم للعلاج الإشعاعي و الكيميائي و الهرموني و منهم من خضعوا للجراحة.

فقد وجد الباحث أن هناك 18% من مشاعر الإستياء و عدم الرضى اتجاه الإستعلام عن الوضع الصحي لهم من خلال الممارسة العلاجية لطبيبهم.

17% غير راضين عن الإتصال العلائقي و البعد الإنفعالي الإنساني من قبل مختلف أفراد الطاقم الطبي لهم.

66% لم يحصلوا على السند الإعلامي المتعلق بوضعهم الصحي.

و في دراسة أخرى أجراها كل من أوتشيسون و آخرون Hutchison et all 1991 في إنجلترا على عينة تتكون من 93 مريض بالسرطان و يتابعون العلاجات المختلفة حيث وجد الباحثون أن 59% من هؤلاء المرضى يعانون من أعراض نفسية تتمثل في الشكوى و التذمر نتيجة طول فترة الإنتظار للحصول على استشارة الطبيب.

38 % يعانون من افتقار الحصول على معلومات كافية حول التقنيات العلاجية التجريبية.

16% يعانون من إضطرابات إكتئابية حادة تستلزم كفالة نفسية مميزة.

و بالتالي فإن أفراد عينة بحثنا يحتاجون إلى العناية و الفهم لما يحدث لهم خاصة عن إصابتهم الباتولوجية الخطيرة إذا كانت قابلة للشفاء، كما يريدون الإهتمام بهم و التقدير لمعاناتهم و هذا يتحدد وفق العلاقة المؤسسة بينهم و بين مختلف أعضاء الفريق العلاجي، فقد أصبح المريض بالسرطان حاليا يرغب في أن يتعامل معه الفريق المعالج بالتركيز على شخصيته و ليس إلى المرض بحد ذاته.

إذ أنه يطالب الفردانية في العلاج و يرفض الغموض و التكتم في أخذ الإجراءات العلاجية الكلاسيكية، فهو يريد أن يؤخذ بعين الإعتبار كشخص له كيان كامل بتاريخه الذاتي و وضعيته العائلية و المهنية و الإجتماعية.

و عليه فإن تقصير الطبيب في هذا الجانب يعتبر خطئا مهنيا أكثر خطورة من الخطأ العلاجي و شرحه للمرضى بأسلوب واضح بعيدا عن التكاف، كما أن الإتصال الموجود بينه و بين المرضى قبل الشروع في أي إجراء علاجي عن طريق تقديمه للتفسيرات اللازمة، يساعده على تجاوز العواقب النفسية الناتجة عن طريق الظروف القاسية تحت تأثير التعقيدات و الضغوطات. (Fayn. M. G, 1995)

أما جاميه Jeammet 1980 فيركز على المساندة الإجتماعية التي تأخذ شكل علاقة (طبيب ـ مريض)، حيث تستوجب مساندة الطبيب في شرحه للمريض بكلمات مفهومه ما هو هذا الإظطراب العضوي ؟ و ما هي طريقة العلاج ؟ إذ أن التفسير المقدم يخفف من القلق و الحزن اللذان ينشآن من المجهول.

فالألفاظ و التصرفات المستعملة من قبل الطبيب المعالج تأخذ قيمة كبيرة اتجاه المصاب حيث أن كلمة واحدة كافية لزيادة الخوف و الحزن أو بالعكس تخفف من الحيرة و الحزن و تبعث الراحة و الطمأنينة، فالطبيب يستطيع بفعله و تصرفاته أن يخفف من حالة المريض، تهدئته و قد يزيد من خوفه و حزنه بتصرفاته الخاطئة و كذلك باللامبالاة لما تحمل الكلمات المستعملة من طرف الطبيب من صدى وجداني.

و من العواقب النفسية التي يمكن أن تنشأ من جراء إفتقار المريض للمساندة العاطفية الإجتماعية نجد: النكوص، الإكتئاب.

ـ التقليص من الإهتمامات، التركيز على العيش في الحاضر فقط و المستقبل القريب و لا يحتمل المريض الإنتظار.

ـ التمركز حول الذات فهذا المريض لا يتبصر للعالم الخارجي، تبعيته للمحيط العناية الجسمية التي تكون مصحوبة بالحساسية الزائدة لتفاعلاته مع المحيط .

ـ الرفض اللاشعوري للإصابة العضوية.

- الإستجابة الإكتئابية الإضطهادية نتيجة الرفض لا تجنب الإكتئاب، فالمريض قد يرجع سبب معاناته إلى أسباب خارجية خاصة الإفتقار لسند المحيط الطبي و العائلي اللذان يريدان له الأذى، فمثلا الطبيب و المختصين لم يعالجوه بصفة جيدة، و من هنا تبدأ بعض الإضطرابات و المشاكل النفسية. (Jeammet P.H, 1980)

و يوضح إسرائيل Israel 1968 في هذا الصدد أن الإفتقار للسند الإجتماعي يمكن أن يكون عن طريق الإستهزاء، عدم المبالاة أو الشتم مما يؤدي إلى عواقب على الصحة الجسدية و النفسية للمريض، فالطبيب الذي لا يظهر إهتمامه بالمريض الذي يعالجه فإن ذلك يشعر هذا الأخير بأنه فقد شخصيته و بذلك يكون بعيدا كل البعد عن الشفاء فيحس و كأنه شيء جامد موجود في مصنع للعلاج.

و تجدر الإشارة إلى أنه من خلال نتائج الدراسة الحالية إلى أن افتقار أفراد عينة البحث للمساندة لا تقل أهمية عن المساندة العلاجية لهم، و قد تماثلت نتيجة البحث الحالي و ما توصلت إليه دراسة بلوم Bloom 1996 على عينة قوامها 661 مريضة مصابة بسرطان الرحم تسايرن العلاج و قد جاءت هذه الدراسة لغرض الكشف عن الإرتباط بين إدراك المريض للسند العائلي و الصحة النفسية لديه، حيث أسفرت النتائج أن المفحوصات اللاتي تلقين مساندة الأقارب و الزوج في مسايرة العلاج يسمح لهن بالرفع من الفعالية و الشعور بالتقدير و التقبل مما يؤثر إيجابا على صحتهن النفسية، في حين أن إفتقار المريضات لهذه المساندة يزيد من الشعور بالقلق و الإكتئاب لديهن.

و يرى كل من جامسون Jamson و كوول Coll 1978 أن غياب السند الإجتماعي قد يفسر كذلك بصعوبة التواصل مع المحيط العائلي للمريض بالسرطان، حيث وجد الباحثان أن نسبة 50 % من المرضى يعانون من صعوبات في التواصل اللفظي، لا سيما قبل إجرائهم للعملية الجراحية، نظرا لكون الوضعية المرضية ضاغطة أين يكون المستقبل غير مؤكد و مبهم، وصعب تصوره و بالتالي الإفتقار للمساندة العائلية يترجم خطر الفقدان و الشعور بالإكتئاب لدى هؤلاء المرضى.

و يؤكد الباحث كولينر Colliner 1977 في دراسته على 300 مريض بالسرطان أن التكيف الجيد مع الإصابة المرضية لا يتم إلا بتوفر روابط اجتماعية علائقية عائلية جيدة مما يشكل التصور الجيد للذات و يساعد على الإنفتاح و الإندماج في النشاطات الإجتماعية كما أن الصعوبات و التعقيدات تمر بشكل جيد.

و ترى نيكول راسكل Nicole Rascle 1994 في هذا الصدد أن الروابط العائلية تعتبر سندا إجتماعيا هاما، إذ تمنح للمريض علاقات ثابتة و مصدرا للتوازن و التكيف مع عوامل الضغط في محيطه، و فقدان أو عدم توازن هذه الروابط يؤدي إلى ردود أفعال عنيفة (كالحزن ، الاكتئاب ، فقدان الشهية ، الأرق).

فهذا السند يجعل المريض يشعر بأنه معالج و محمي و مقدر من طرف شبكته الإجتماعية.

الخاتمـة

الخاتمة :

حاولت الدراسة الحالية الكشف عن نوع الصعوبات الطبية و غياب السند الإجتماعي و مدى تأثير هذين العاملين في ظهور إظطراب الإكتئاب لدى المرضى الراشدين المصابين بالسرطان.

و بعد تحليل و إثراء متغيرات البحث نظريا، قمنا بالدراسة الميدانية من خلال تطبيق أدوات البحث و جمع النتائج و معالجتها إحصائيا و تحليلها بالتوافق مع الدراسات و التناولات النظرية، غير أن هذا الموضوع حديث النشأة و قد أغفلت الدراسات السابقة في تفسير العلاقة بين الصعوبات الطبية و نوعها و تأثير غياب السند الإجتماعي في ظهور الإكتئاب لدى المرضى الراشدين المصابين بالسرطان من خلال العلاقة المؤسسة بينهم و بين الطبيب المسؤول عن علاجهم.

و قد كشفت نتائج هذه الدراسة الحالية مايلي:

أولا: توجد علاقة إرتباطية بين عوامل الضغط النفسي و الإكتئاب لدى عينة المرضى الراشدين المصابين بالسرطان.

ثانيا: توجد علاقة إرتباطية بين شدة الصعوبات الطبية و الإكتئاب لدى عينة المرضى الراشدين المصابين بالسرطان.

ثالثا: توجد علاقة إرتباطية بين السند الإجتماعي و الإكتئاب لدى عينة المرضى الراشدين المصابين بالسرطان.

و على ضوء ما توصلنا إليه من نتائج في ظل هذه الدراسة نقترح مايلي:

1- لفت انتباه المعالجين و القائمين بالسلك الطبي بضرورة توفير العناية الكاملة بفئة المرضى بالسرطان.

2- تحسيس الأطباء المسؤولين بالإستبصار بالمشاكل و الصعوبات التي تعترض المريض في المستشفى و تدريبهم على كيفية التواصل الإنساني و خلق مسافة جيدة معه.

3- تكوين برنامج رعاية مشترك خاص بإعداد الموجهين و الأطباء و الممرضين و الأخصائيين النفسيين، بحيث يكون هذا النظام التنسيقي العلاجي موجها للمصابين بالسرطان من خلال إعادة التأهيل الشامل لبعض الجوانب التالية:

- تقديم المعلومات الواضحة و الدقيقة للمصابين بالسرطان و النتائج المترتبة عن هذا المرض و مضاعفاته.

- محاولة إدماج جمعيات إرشادية مختصة بتوفير السند الإجتماعي و مساعدة المرضى بالسرطان على التكيف مع وضعهم الصحي و يتم ذلك ضمن الكفالة الطبية العلاجية لهم.

- لفت إنتباه القائمين و المسؤولين في الصحة العمومية بضرورة توفير وسائل ترفيهية و دعم إنفعالي داخل المصلحة الخاصة بأورام السرطان.

- إعادة تأهيل المريض بالسرطان مهنيا و إجتماعيا و تشجيعه على مزاولة نشاطاته الإعتيادية و عمله السابق أو أي عمل يراه مناسبا له قصد العودة إلى التكيف و التوافق مع حياته الطبيعية.

المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1- إبراهيم عبد الستار، (1998)، الإكتئاب، اضطراب العصر الحديث، فهمه و أساليب علاجه، المجلس الوطني للثقافة و الفنون، الكويت.

2- إبراهيم علي إبراهيم عبد ربه، (1998)، مقدمة في الإحصاء الوصفي، مكتبة الإشعاع للطباعة و النشر و التوزيع، بيروت.

3- بشير بن طاهر، (1988)، إشكالية مفهوم الضغوط في الدراسات النفسية المعاصرة -عرض تحليلي-، علم النفس و قضايا المجتمع، منشورات جامعة الجزائر.

4- بول مارتن ترجمة عبد الإله النعيمي، (2000)، منشورات المجمع الثقافي، أبوظبي.

5- جونسون دلاس، (1969)، حقائق عن السرطان، ترجمة محمد سعيد الدين الدرس، مؤسسة الخانجي، القاهرة، مصر.

6- حامد عبد السلام زهران، (1987)، الصحة النفسية و العلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، مصر.

7- حسن مصطفى عبد المعطي، (1998)، علم النفس الإكلينيكي، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، مصر.

8- حلمي المليجي، (2000)، مناهج البحث في علم النفس، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت، لبنان.

9- دليلة عيطور، (1997)، الضغط النفسي الإجتماعي لدى الممرضين، دراسة تطبيقية تحليلية، رسالة ماجيستير في علم النفس الاجتماعي، دراسة غير منشورة، بقسم علم النفس و علوم التربية، جامعة الجزائر.

10- رضا مسعودي، (2003)، الضغط المهني لدى أطباء مصلحة الإستعجالات، مصادره و مؤشراته، رسالة ماجيستير في علم النفس العمل و التنظيم بقسم علم النفس و علوم التربية، جامعة الجزائر.

11- رياض أحمد النابلسي، (1993)، الصدمة العملية الجراحية: الثقافة النفسية، ملف العدد معجم الثقافة النفسية " المفصل للأدوية النفسية، العدد الرابع عشر، المجلد الرابع، ص28-.31

12- سامر جميل رضوان، (1999)، مستقبل العلاج النفسي، منشورات وزارة الثقافة، دمشق.

13- سعد جلال، (1986)، في الصحة العقلية للأمراض النفسية و العقلية و الإنحرافات السلوكية، دار الفكر العربية، القاهرة.

14- سعيد الدجاني، (1989)، تمريض المصابين بالسرطان و العناية بهم، دار الأندلس، الطبعة الأولى.

15- سهير كامل أحمد، (1999)، الصحة النفسية و التوافق، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.

16- صبري القباني، (1988)، أسلحة المستقبل لمكافحة السرطان، دار الفجر، العدد .377

17- عبد الحميد أبو زيد، (1988)، الإكتئاب، دراسة في السايكوباتومترية، مكتبة عباس محمود العقاد، دار المعرفة الجامعية.

18-عبد الرحمان العيسوي، (1992)، مناهج البحث في علم النفس، منشأة المعارف، مصر.

19- عبد الرحمان سي موسي و رضوان زقار، (2002)، الصدمة و الحداد عند الطفل و المراهق، نظرة الإختبارات الإسقاطية، جمعية علم النفس للجزائر العاصمة، اليونيسيف، الطبعة الأولى.

20- عثمان إخلاف، (2001) ، علم نفس الصحة، الأسس النفسية و السلوكية للصحة، دار الثقافة للطباعة و النشر و التوزيع، الدوحة، قطر.

21- علي عسكر، (2000)، ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها، دار الكتاب الحديث، الطبعة الثانية، الكويت.

22- غريب عبد الفتاح غريب، (1985)، مقياس الإكتئاب، مكتب النهضة المصرية، القاهرة، مصر.

23- غريب عبد الفتاح غريب، (1999)، علم الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو مصرية، دار البيان للطباعة، القاهرة، مصر.

24- فاخر عاقل، (1977)، أسس البحث العلمي في العلوم السلوكية، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.

25- فاطمة الزهراء أزروق، (1997)، الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري: إستراتيجيات المواجهة الفعالة لتحقيق التوافق الإجتماعي، رسالة ماجيستير في علم النفس العيادي، دراسة غير منشورة، بقسم علم النفس و علوم التربية، جامعة الجزائر.

26- فيصل محمد خير الزراد، (2000)، الأمراض النفسية الجسدية، أمراض العصر، دار النفائس للطباعة و النشر، بيروت.

27- كاملة الفرخ، (1993)، أثر العلاج النفسي في تكيف مرضى السرطان: الثقافة النفسية، ملف العدد الأسس الإحيائية للسلوك، العوامل البيولوجية و أثرها على السلوك، العدد الثالث عشر، المجلد الرابع، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت.

28- مالكوم شوارتز، ترجمة : عماد أبو سعد، (1992)، السرطان ما هو؟ أنواعه، محاربته، دار الهدى، الطبعة الأولى، الجزائر.

29- محمد أحمد النابلسي، (1991)، الصدمة النفسية، علم النفس، الحروب و الكوارث، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت، لبنان.

30- محمد أحمد النابلسي، (1994)، معجم العلاج النفسي الدوائي، منشورات دار ومكتبة الهلال، بيروت.

31- محمد الحجار، (1988)، الطب السلوكي المعاصر، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.

32- محمد السيد الهابط، (1989)، حول صحتك النفسية، الأمراض النفسية و الأمراض العقلية و مشكلات الأطفال و علاجها، كيف تحافظ على صحتك النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

33- محمد السيد عبد الحليم، (1990)، علم النفس العام، مكتبة غريب، الطبعة الثالثة، القاهرة، مصر.

34- محمد السيد عبد الرحمان، (2000)، علم الأمراض النفسية والعقلية، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، مصر.

35- محمد عادل عبد الله، (1999)، العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، دار الرشاد للطباعة و النشر، القاهرة، مصر.

36- محمد عادل عبد الله، (2000)، دراسات في الصحة النفسية: الهوية، الإغتراب، الإضطرابات النفسية، دار الرشاد للطباعة و النشر، القاهرة، مصر.

37- محمد محروس الشناوي، (1991)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.

38- مصطفى خليل الشرقاوي، (1983)، علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

39- ملحم محمد حسين، (1987)، السرطان و الأمراض الإنحلالية الخطيرة، منعها و شفاؤها المؤكد، دار القلم، بيروت، لبنان.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

1- Abid L., Hammouda D. et Oulmane D.J., (1995), Profil de la morbidité cancéreuse en Algérie , in santé plus, N°44, Alger, pp. 87-95.

2- Ait Sidhoum A.M, (1997), Le psychologue, le traumatisme, l'insécurité et la gestion de l'économie psychosomatique, in Psychologie clinique et projective, Vol. 3, p. 109-125.

3- Albernhe K. et Albernhe T., (2003), Organisation des soins en psychiatrie, éd. Masson, Paris.

4- Aniel J.L., Rovesse J. et Machouer D., (1976), Abrégé de cancérologie, éd. Masson, Paris.

5- Balint M., (1960), Le médecin, son malade et la maladie, PUF, Paris.

6- Barois C., (1988), Les névroses traumatiques, éd. Bordas, Paris.

7- Barrera M., (1986), Distinctions between Social Support Concepts, Measures, and Models, American journal of community psychology, Vol. 14, N°4, pp.413.

8- Bensabat S. et Selye H., (1980), Stress: de grandes spécialistes répondent, éd. Hachette, Paris.

9- Berkman L.F., & Syme S.L., (1997), Social Networks, host resistance and mortality : A nine_Year Folow up of Alameda county residents, American Journal of Epidemiology, 109, 186-204.

10- Berne M., (1984), Stress : une définition impossible, Revue de médecine et d'hygiène, N° 42.

11- Bloch H., (1993), Grand dictionnaire de psychologie, Larousse, Paris.

12- Bloch H. et Dépret A., (2002), Dictionnaire fondamental de la psychologie, éd. Marielle Bruant, France.

13- Bonardi C., Girondola F., Roussiau N. et Soubiale N., 2002, Psychologie sociale appliquée: environnement, santé et qualité de vie, In press édition, Paris.

14- Bouzid K., (1995), La prise en charge des cancéreux au Maghreb, aspect thérapeutique, 24ème congrès médical maghrébin, Casablanca, pp. 12-15.

15- Brehant J., (1976), Thanatos, le malade et le médecin devant la mort, éd. Robert Laffont, Paris.

16- Bruchon M. et Dantzer R., (1994), Introduction à la psychologie de la santé, éd. P.U.F, Paris.

17- Cassel J. & Cobb S., (1970), In Social Stress, S. Levine and N.A.Scoch, Edition Akline, Chicago.

18- Chip P. & Scherer K., (1992), Les comportements de coping, in Revue européenne de psychologie appliquée, Vol.42 N°4, Pp 286, Université de Genève.

19- Cohen & Mckay, (1984), Social support, stress and the buffering hupothesisi : A theoritical analysis in A. Baum . J. E. Dinger & S.E Faylor edition Handbook of psychology and health, Vol 4, Social psychological aspects of health P 253_267 Hillsade, N.J : Erlbaum.

20- Cohen S. & All, (1997), Social ties and susceptibility to the common cold, Journal of the American medical, 277, 1940-1944.

21- Cohen S., (1993), Negative life events, perceived stress, negative effect and susceptibility to the common cold, Journal of personality and social psychology, Vol.64 N°1.

22- Cohen S. & Hobermann H.M, (1983), Positive events and social support as buffers of life change stress, Journal of applied psychology, 13(2)-99-125.

23- Cottraux J., (1979), Les thérapies comportementales, éd. Masson, Paris.

24- Cox T. & Cox S., (1985), The role of the adrenals in the psycho physiology of stress, in current issues in clinical psychology, Kara, plenum press, London.

25- Cox T., Makay C. & Page H., (1982), Simulated repetitive work and self-reported mood, J.occup .Behaviour, Vol. 3, 247-252.

26- Damiani C., (1997), Les victimes: violences publiques et crimes privés, éd. Bayard, Paris.

27- Dantchev N., (1989), Stratégies de coping et pattern (A) coronarogène, Revue de médecine psychosomatique 17/18, pp. 22-28.

28- De Ajuriaguerra J. et Marcelli D., (1984), Psychopathologie de l'enfant, éd. Masson, Paris.

29- Declerq M. et Lebigot F., (2001), Les traumatismes psychiques, éd. Masson, Paris.

30- Delay J. et Pichet P., (1984), Psychologie, éd. Masson, Paris.

31- Deleval M., (1979), Médecin généraliste et cancer, éd. Cytostatique, Paris.

32- Domart A. et Bourneuf J., (1981), Nouveau Larousse Médical, Librairie Larousse, Paris.

33- Duguay R., Ellenberger H.F. et Coll, (1981), Précis de psychiatrie, éd. Maloine, Paris.

34- Dumber F., (1964), Training in psychosomatic, medecine Karger, Bâle.

35- Endicott J., (1984), Measurement of depression in patients with cancer, Cancer 53, pp. 2243-2248.

36- Fayn M.G., (1995), Humaniser les soins, éd. E.S.F, Paris.

37- Ferriri M., (1993), Clinique et psychopathologie du stress, in stress, événements, individus et symptômes, éd. Screening, Paris.

38- Folkman S. & Al, (1986), Appraisal, coping, health status and psychological symptoms, Journal of personality and social psychology, N° 3.

39- Folkman S., (1984), Personal control and stress coping process, a theoretical analysis, journal of personality and social psychology, Vol.46 N°4, Pp 847-901.

40- Foley K.M., (1982), The practical use of narcotic analgesics, Edition Clin North America, N°66, pp.1091-1104.

41- Fontaine O., Kulbertis H. et Etienne A., 1996, Stress et cardiologie, éd. Masson, Paris.

42- Freden L., (1982), Les aspects psychosociaux de la dépression, éd. Pierre Marguada, Belgique.

43- Graziani P. et Swendensen J., (2004), Le stress: émotions et stratégies d'adaptation, éd. Nathan, France.

44- Graziani P., (1998), Validation française du questionnaire de coping « Ways of coping check-list revised » (WCCR) et analyse des évènements stressants du quotidien, in Journal de thérapie comportementale et cognitive, Vol.8 N°3, Pp 120-199.

45- Graziani P., (2001), Spécificité de l'évaluation du vécu émotionnel et du coping des sujets souffrants de troubles anxieux confrontés à des éléments stressants, Thèse de doctorat en psychologie, Université De Gaulle, Lille.

46- Guerin R., (1990), Carcinogenèse, histoires naturelles des cancers, in généralités sur les soins infirmiers, Hugues Gounelle de Pontal et Laraux, Pp 250-261.

47- Hardy-Baylé M.C., (2000), Psychiatrie, éd. Doin, Paris, France.

48- Haynal A. et Pasini W., (1978), Abrégé de médecine psychosomatique, éd. Masson, Paris.

49- Henyer G., (1966), Vingt leçons de psychologie médicale, éd. Presse Universitaire de France, Paris.

50- Hutchinson G. & Coombes C., (1991), Evaluation de la satisfaction des patients quant aux soins dispensés par une équipe pluri-disciplinaire en oncologie, European journal of cancer care, 1, 1G, 20.

51- Ikhlef A., (1995), Stress and illness, The protectine effects of coping efficacy, Revue Algerian of psychology and science of education, Vol. 05, pp 109-112.

52- Ingle R.J. & Waltson K.A., (1984), Conditionalibity of cancer chemotherapy patients, onchology nursing, Form, 11, pp. 97-102.

53- Israel L., (1976), Le cancer aujourd'hui, éd. Grasset, Paris.

54- Israel, (1968), Le médecin face au malade, éd. Masson, Paris.

55- Jeammet Ph., Reynaud M. et Consoli S., (1980), Psychologie médicale, éd. Masson, 1ère éd, Paris.

56- Jutras S., (1984), Psychologie sociale, éd. études vivantes Saint- Laurent, Québec.

57- Karlein M.G. Shrews & Denise T.D., (1997), Integration of coping and social support perspectives, Implication for the study of adaptation to chronic diseases, Clinical psychology review, Vol. 17, N°1, pp 498-511.

58- Kobassa S.C. & all, (1982), Hardness and health : a prospective study, Journal of personality and social psychology , N° 42.

59- La Rocco J.M. & Hause J.S. & French J.R.P., (1980), Social support, occupational stress and health, Journal of Health and social behaviour , 21, 202-218.

60- Lagarde P., (1984), Le cancer tout ce qu'il faut savoir, Dictionnaire pratique de A à Z, p 241-242.

61- Lazarus R. & Folkman S., (1984), Stress appraisal and coping Springer, New York.

62- Levenstein S. & Pantera.C, (1993), Development of perceived stress questionnaire, a new tool for psychosomatic research, Journal of psychosomatic research, Vol.37, N° I.

63- Liberati A. & all, (1985), Patient's assessment of quality of care : a survey group of breast cancer patient in Italy, Timori edition, Vol. 71, pp.491-497.

64- Luminet O., (2003), Psychologie des émotions, confrontation et évitement, éd. de boeck université, Bruxelles.

65- Marcelli D. et Berthant E., (2001), Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence, éd. Masson, Paris.

66- Marty P., (1988), Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte, in Psychothérapies, N°4, Genève, pp.177-182.

67- Maurer B., (1984), Le stress, une définition impossible, Seley au centre de la controverse, Médecine et hygiène, Vol. 42, Pp. 2240-2249.

68- Miakoski C. & Nichols R., (1994), Assessment of patient satisfaction utilizing the american pain society's quality assurance standards on acute and cancer-related pain, journal of pain and symptom management, 9 (1), 5-11.

69- Moor L., (1978), Eléments de psychologie médicale de la pratique quotidienne, l'expansion scientifique française, 2ème édition, Paris.

70- Nuckolls K.B. & Cassel J., (1972), Psychological assets, life crises and the prognosis of pregnancy, American journal of Epidemiology, 95, 431-441.

71- Patrice G., (1998), Psychologie et cancer, Manuel de psycho-oncologie, éd. Payot Lausanne, Paris.

72- Paulhan I., Nuissier J. et all, (1994), Mesure du coping, Anal médico-psychologique, Vol. 192, N°5, pp. 376-381.

73- Paulhan I. & Bourgeois M., (1998), Stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité, 2ème édition, PUF, Paris, 1998.

74- Pélicier Y., (1983), Sémiologie générale des états dépressifs, éd. Printel, Paris.

75- Pélicier Y., 1994, Psychologie et cancer, Psychologie médicale, Vol. 26, N° 7, pp.657-660.

76- Quintard B., Bruchon-Shweitzer M., Paulhan F. et Nuissier J., (1993), Les stratégies d'ajustement des patients aux "stresseurs" hospitaliers: une recherche exploratrice thérapie comportementale et cognitive 3, pp.100-111.

77- Radat F., (1998), Les états anxieux, éd. Doin, Paris.

78- Rascle N., (1986), « Le soutien social dans la relation stress_maladie » dans une introduction à la psychologie, éd. P.U.F, Paris.

79- Razavi D. et Delevaux N., (1998), La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux, éd. Masson, (Paris, Milan, Barcelone).

80- Razavi D. et Delevaux N., (2002), Psychologie- Oncologie: Le cancer, le malade et sa famille, 2ème éd. Masson, Paris.

81- Rivolier J., (1989), L'homme stressé, éd. P.U.F, Paris.

82- Rotter J.B., (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, Psychological monographs general and applied, N°80, pp. 1-3.

83- Rouillant F., (1993), Le concept de stress, dans stress, évènements, individus et symptômes, éd. sevening, 4ème trimestre, Paris.

84- Russell D.W & all, (1997), Personality social network and perceived, social support among alcoholics, structural equation analysis, Journal of personality and social psychology, Vol. 65 N° 3, p 461-476.

85- Saltel P., Terra R.J.L. et Resco F., (1992), Troubles psychiques en cancérologie, Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, 37, 657-A-10, pp. 1-12.

86- Sarrason I.G. & Levine H.M., (1983), Assessing social support : The social support questionnaire, Journal of personality and social psychology, Vol. 44 N° 1, p 127-139.

87- Schweitzer et Dantzer, (1994), Introduction à la psychologie de la santé, éd. P.U.F, Paris.

88- Scotta J.C. et Bougeral T.H., (1983), Les thérapies cliniques de dépression, éd. Printel, Paris.

89- Lonescu S., (2000), 14 approches de la psychopathologie, éd. Nathan, Paris.

90- Stora J.B., (1991), Le stress, Collection “Que sais-je?”, Presses Universitaires de France, Paris.

91- Thraoui K.H. et Benouy H., (2003), Méthodes, évaluations et recherches en psychologie clinique, éd. Duno, Paris.

92- Tousignant M., (1992), Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques, Presse Universitaire de France, Paris.

93- Troits A. & all, (1986), Social support as coping assistance, Journal of consulting and clinical psychology (1986) Vol. 54, N°4, pp. 424-432.

94- Tyrode Y. et Bourcet S., (2001), Guide médico légal du professionnel en psychiatrie, Ellipse édition marketing, Paris.

95- Widlôcher D., (1985), Les logiques de la dépression, éd. Fayard, France.

96-Wiggers J.H. & all, (1990), Cancer patient satisfaction with care, Cancer 66, 610-616.

97-Wortman C.B. & Dunkel-Schetter C., (1987), Conceptual and methodological issues in the study of social support, In A. Baum and J.E. Singer (Eds.), Handbook of psychology and health, Vol. 5, Hillsdale, N.J.Erlbaum.

98- Yaker A., (1984), Cancérologie générale : anatomie pathologique, O.P.U, Alger.

الملاحق

الملحق رقم (01)

إستبيان إدراك الضغط للفينستاين **LEVENSTEIN (P.S.Q)**

التعليمات:

لكل عبارة من العبارات التالية، ضع علامة (X) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموما و ذلك خلال السنة أو السنتين الماضيتين.

أجب بسرعة دون أن تزعج نفسك بمراجعة إجابتك، و احرص على وصف مسار حياتك خلال هذه المدة.

الرقم	البنود	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
01	تشعر بالراحة				
02	تشعر بوجود متطلبات لديك				
03	أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق				
04	لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
05	تشعر بالوحدة أو العزلة				
06	تجد نفسك في مواقف صراعية				
07	تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا				
08	تشعر بالتعب				
09	تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10	تشعر بالهدوء				
11	لديك عدة قرارات لاتخاذها				
12	تشعر بالإحباط				
13	أنت ملئ بالحيوية				
الرقم	البنود	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
14	تشعر بالتوتر				
15	تبدو مشاكلك أنها ستتراكم				

				تشعر بأنك في عجلة من أمرك	16
				تشعر بالأمن و الحماية	17
				لديك عدة مخاوف	18
				أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين	19
				تشعر بفقدان العزيمة	20
				تمتع نفسك	21
				أنت خائف من المستقبل	22
				تشعر بأنك قمت بأشياء ملزما بها و ليس لأنك تريدها	23
				تشعر بأنك وضع انتقاد و حكم	24
				أنت شخص خال من الهموم	25
				تشعر بالإنهاك أو تعب فكري	26
				لديك صعوبة للإسترخاء	27
				تشعر بعبء المسؤولية	28
				لديك الوقت الكافي لنفسك	29
				تشعر أنك تحت ضغط مميت	30

الملحق رقم (02)

استبيان الصعوبات الطبية و السند الاجتماعي

التعليمة:

إليك هذا الاستبيان الذي يتكون من مجموعة عبارات، الرجاء منك الإجابة عنها بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

المحور الأول:

الرقم	العبارات	نادرا	أحيانا	كثيرا
01	تشعر بالانزعاج من جراء تكرار الفحوصات الطبية.			
02	تنتابك مشاعر الحزن بسبب عدم إعلامك بنتائج الفحوص.			
03	تبقى هادئا رغم عدم إخبارك بالبرنامج العلاجي.			
04	تثق في طبيبك المعالج و كفاءته التقنية في العمل على شفائك.			
05	تشعر بالإجهاد نتيجة التحاليل و العلاج الذي تخضع له.			
06	تنتابك مخاوف حول صحتك نتيجة تعدد التقنيات العلاجية.			
07	يساعدك العلاج المقدم لك على التخفيف من حدة الألم الذي تعاني منه.			
08	تشعر بالرضى عن الخدمات الطبية المقدمة لك من طرف طبيبك المعالج.			
09	تشعر بالتوتر من جراء عدم إعطاء الطبيب لك علاجا مضادا للألم الذي تعاني منه.			
10	ترغب في الانتقال إلى مستشفى آخر يوفر لك تقنيات علاجية افضل.			

المحور الثاني:

كثيرا	أحيانا	نادرا	العبارات	الرقم
			أنت بحاجة إلى شخص تعتمد عليه أكثر من قبل.	11
			يساعدك السند المتحصل عليه في التكيف مع حالتك الصحية.	12
			تتغير حالتك المزاجية بسبب قلة السند المتحصل عليه.	13
			تشعر بعدم الرضى عن السند المتحصل عليه.	14
			يساعدك السند المتحصل عليه في التقليل من الإحساس بالألم الناتج عن وضعك الصحي.	15
			يساعدك السند المتحصل عليه في التقليل من شدة الضغط الذي تتعرض إليه.	16
			تضعف روحك المعنوية نتيجة غياب الأفراد الذين ترغب في وجودهم إلى جانبك.	17
			تشعر إن قلة السند المتحصل عليه يعكس قلة الاهتمام والتقدير لك.	18
			تحبط نفسيتك نتيجة غياب السند الذي تحتاجه.	19
			يساعدك السند المتحصل عليه على مسايرة الفحوصات والتقنيات العلاجية التي تمتثل لها.	20

الملحق رقم (03):
مقياس باك للإكتئاب (B.D.I)

التعليمات

إليك مجموعات من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدى، ثم قم بوضع دائرة ○ حول رقم العبارة 0 أو 1 أو 2 أو 3 و التي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي بما في ذلك اليوم.
إن وجدت أنه في المجموعة الواحدة تبدو لك عدة عبارات ملائمة فضع دائرة على الأرقام الموافقة.
تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، و تأكد أنك قد أجبت على كل المجموعات.

1) 0 أنا لا أشعر بالحزن.
1 أنا أشعر بالحزن و الكآبة.
2 أنا مكتئب أو حزين طول الوقت و لا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحالة.
3 أنا حزين و غير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك.

2) 0 أنا لست متشائما على وجه الخصوص أو لست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل.
1 أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع.
2 أنا أشعر أنه ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل.
3 أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه و أن الأشياء لا يمكن أن تتحسن.

3) 0 أنا أشعر بأنني شخص فاشل.
1 أنا أشعر بأنني فشلت في حياتي أكثر من الشخص المتوسط.
2 كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء كلما أستطيع أن أراه في حياتي الكثير من الفشل.
3 أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما.

4) 0 أنا لست غير راضي.
1 أنا أشعر بالملل أغلب الوقت.
2 أنا لا أحصل على الإشباع أو الرضا من أي شيء بعد الآن.
3 أنا غير راضي عن كل شيء.

5) 0 أنا لا أشعر بأنني آثم أو مذنب.
1 أنا أشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي أغلب الوقت.
2 أنا أشعر بالذنب أو الإثم تماما.
3 أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة.

6) 0 أنا لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.
1 أنا فاقد الأمل في نفسي.
2 أنا مشمئز من نفسي.
3 أنا أكره نفسي.

7) 0 أنا ليست لدي أفكار للإضرار بنفسي.
1 أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي و لكن لا أنفذ.
2 أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت.
3 لو استطعت .... لقتلت نفسي.

8) 0 أنا لم أفقد اهتمامي بالناس.
1 أنا أقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل.
2 أنا فقدت أغلب اهتمامي بالناس و لدي مشاعر قليلة تجاههم.
3 أنا فقدت كل اهتمامي بالناس و لا أهتم بهم على الإطلاق.

9) 0 أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل.
1 أنا أحاول تجنب اتخاذ القرارات.
2 أنا لدي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات.
3 أنا لاأستطيع اتخاذ القرارات.
3 أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرار بعد الآن.

10) 0 أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوأ مما اعتدت أن أظهر به من قبل.
1 أنا مشغول و قلق على أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب.
2 أنا أشعر بأن هناك تغيرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة.
3 أنا أشعر بأنني قبيح أو كريه المنظر.

11) 0 أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل.
1 لابد علي أن أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء.
2 يجب علي أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء.
3 أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.

12) 0 أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل.
1 أنا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.
2 أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء.
3 أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء.

13) 0 شهيتي للأكل ليست أسوأ من المعتاد.
1 شهيتي للأكل أسوأ الآن.
2 شهيتي أصبحت أسوأ الآن.
3 أنا ليست لي شهية للأكل نهائيا.

الملحق رقم (04)
الجداول الإحصائية المطبقة بـ الـ SPSS

توزيع أفراد مجموعة البحث حسب الجنس SEXE

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Hommes	18	45.0	45.0	45.0
	Femmes	22	55.0	55.0	100.00
	Total	40	100.00	100.00	

توزيع أفراد مجموعة البحث حسب السن AGE

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	**30**	1	2.5	2.5	2.5
	32	1	2.5	2.5	5.0
	33	2	5.0	5.0	10.0
	35	1	2.5	2.5	12.5
	36	2	5.0	5.0	17.5
	37	2	5.0	5.0	22.5
	38	2	5.0	5.0	27.5
	41	2	5.0	5.0	32.5
	43	2	5.0	5.0	37.5
	44	4	10.0	10.0	47.5
	45	4	10.0	10.0	57.5
	46	1	2.5	2.5	60.0
	48	1	2.5	2.5	62.5
	49	1	2.5	2.5	65.0
	50	3	7.5	7.5	72.5
	51	3	7.5	7.5	80.0
	52	2	5.0	5.0	85.0
	53	2	5.0	5.0	90.0

54	4	10.0	10.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

توزيع أفراد مجموعة البحث حسب الولايات WILAYA

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	**14**	1	2.5	2.5	2.5
	15	3	7.5	7.5	10.0
	16	8	20.0	20.0	30.0
	18	2	5.0	5.0	35.0
	19	2	5.0	5.0	40.0
	2	3	7.5	7.5	47.5
	26	2	5.0	5.0	52.5
	29	1	2.5	2.5	55.0
	3	5	12.5	12.5	67.5
	31	2	5.0	5.0	72.5
	42	1	2.5	2.5	75.0
	44	6	15.0	15.0	75.0
	6	1	2.5	2.5	90.0
	9	3	2.7	2.7	92.5
	Total	40	100.0	100.0	100.0

توزيع أفراد مجموعة البحث حسب نوع المرض TYPE DE MALADIE

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
VALIDE	Reins	3	7.5	.5	7.5
	Gastro	3	7.5	7.5	15.0
	Sein	9	22.5	22.5	37.5
	Poumons	5	12.5	12.5	50.0
	Prostate	5	12.5	12.5	62.5
	Uterus	5	12.5	12.5	75.0
	Nez	1	2.5	2.5	77.5
	Os	1	2.5	2.5	80.0
	Hepatique	7	17.5	17.5	97.5

Oreille	1	2.5	2.5	100.00
Total	40	100.00	100.00	

DESCRIPTIVES

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur Standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne	
					Borne intérieure	Borne supérieure
DEPRESSI	Reins	3	9.6667	7.57188	-9.1429	28.4763
	Gastro	3	12.3333	4.16333	1.9910	22.6756
	Sein	9	8.5556	6.30696	3.7076	13.4035
	Poumons	5	4.6000	4.27785	-7117	9.9117
	Prostate	5	12.2000	8.84308	1.2199	23.1801
	Uterus	5	8.4000	7.63544	-1.0807	17.8807
	Nez	1	20.0000			
	Os	1	2.0000			
	Hepatique	7	15.7143	2.65217	9.2247	22.2039
	Oreille	1	17.0000	/		
	Total	40	10.4500	1.14183	8.1404	12.7596
Stress	Reins	3	64.3333	9.20748	24.7167	103.9499
	Gastro	3	67.3333	2.18581	57.9285	76.7381
	Sein	9	64.1111	3.72844	55.5133	72.7089
	Poumons	5	57.0000	3.70135	46.7234	67.2766
	Prostate	5	65.8000	3.51283	56.0468	75.5532
	Uterus	5	62.4000	8.29819	39.3605	85.4395
	Nez	1	75.0000			
	Os	1	44.0000			
	Hepatique	7	68.7143	4.17883	58.4891	78.9395
	Oreille	1	78.0000			
	Total	40	64.4000	1.85078	60.6564	68.1436
DSP 1	Reins	3	17.6667	3.38296	3.1109	32.2224
	Gastro	3	22.3333	1.20185	17.1622	27.5045
	Sein	9	17.7778	1.52550	14.2600	21.2956
	Poumons	5	16.4000	1.43527	12.4151	20.3849
	Prostate	5	18.8000	1.31909	15.1376	22.4624
	Uterus	5	17.6000	2.37908	10.9946	24.2054
	Nez	1	24.0000			
	Os	1	13.0000			
	Hépatique	7	20.7143	1.61414	16.7646	24.6639
	Oreille	1	23.0000			
	Total	40	18.7250	68593	17.3376	20.1124
DSP 2	Reins	3	22.0000	3.46410	7.0952	36.9048
	Gastro	3	22.0000	2.64575	10.6163	33.3837
	Sein	9	22.6667	1.20185	19.8952	25.4381
	Poumons	5	22.8000	2.43721	16.0332	29.5668
	Prostate	5	20.8000	2.05913	15.0829	26.5117
	Uterus	5	22.4000	2.74955	14.7660	30.0340
	Nez	1	16.0000			
	Os	1	28.0000			
	Hepatique	7	19.2857	1.28751	16.1397	22.4317

	Oreille Total	1 40	16.0000 21.5250	4.55163	20.0693	22.9807

النتائج الوصفية لمتغيرات الدراسة :

STATISTIQUES DESCRIPTIVES

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart- type
DEPRESSI	40	1.00	26.00	10.4500	7.22158
STRESS	40	38.00	83.00	64.4000	11.70536
DSP1	40	11.00	25.00	187.7250	4.33819
DSP 2	40	15.00	29.00	215250	4.55163
TOTAL DSP	40	36.00	50.00	40.2500	2.58943
N VALIDE (LISTWISE)	40				

STATISTIQUES DE GROUPES

sexe		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
DEPRESSI	Hommes	18	14,0556	6,43037	1,61565
	Femmes	22	7,5000	6,56651	1,39998
Stress	Hommes	18	69,2778	10,17382	2,39799
	Femmes	22	60,4091	11,55797	2,46417
DSP 1	Hommes	18	20,3889	3,91266	92227
	Femmes	22	17,3636	4,27112	91060
DSP 2	Hommes	18	18,7222	3,52813	83159

	Femmes	22	23,8182	4,01943	85695
TOTAL DSP	Hommes	18	39,1111	1,60473	372824
	Femmes	22	41,1818	2,88900	61594

النتائج الوصفية للعلاقات الإرتباطية بين المتغيرات التالية :الإكتئاب، الضغط، الصعوبات الطبية، السند الإجتماعي

CORRELATIONS

		DEPRESSI	STRESS	DSP1	DSP2	TOTAL DSP
DEPRESSI	corrélation de Pearson sig. (bilatérale) N	1 40	846** 000 40	831** 000 40	-733** 000 40	032 844 40
Stress	corrélation de Pearson sig. (bilatérale) N	846** 000 40	1 40	883** 000 40	-879** 000 40	066 686 40
DSP1	corrélation de Pearson sig. (bilatérale) N	831** 000 40	831** 000 40	1 40	-831** 000 40	214 185 40
DSP2	corrélation de Pearson sig. (bilatérale) N	-733** 000 40	-879** 000 40	-831** 000 40	1 40	365* 021 40
TOTAL DSP	corrélation de Pearson sig. (bilatérale) N	032 686 40	066 686 40	214 185 40	365* 021 40	1 40